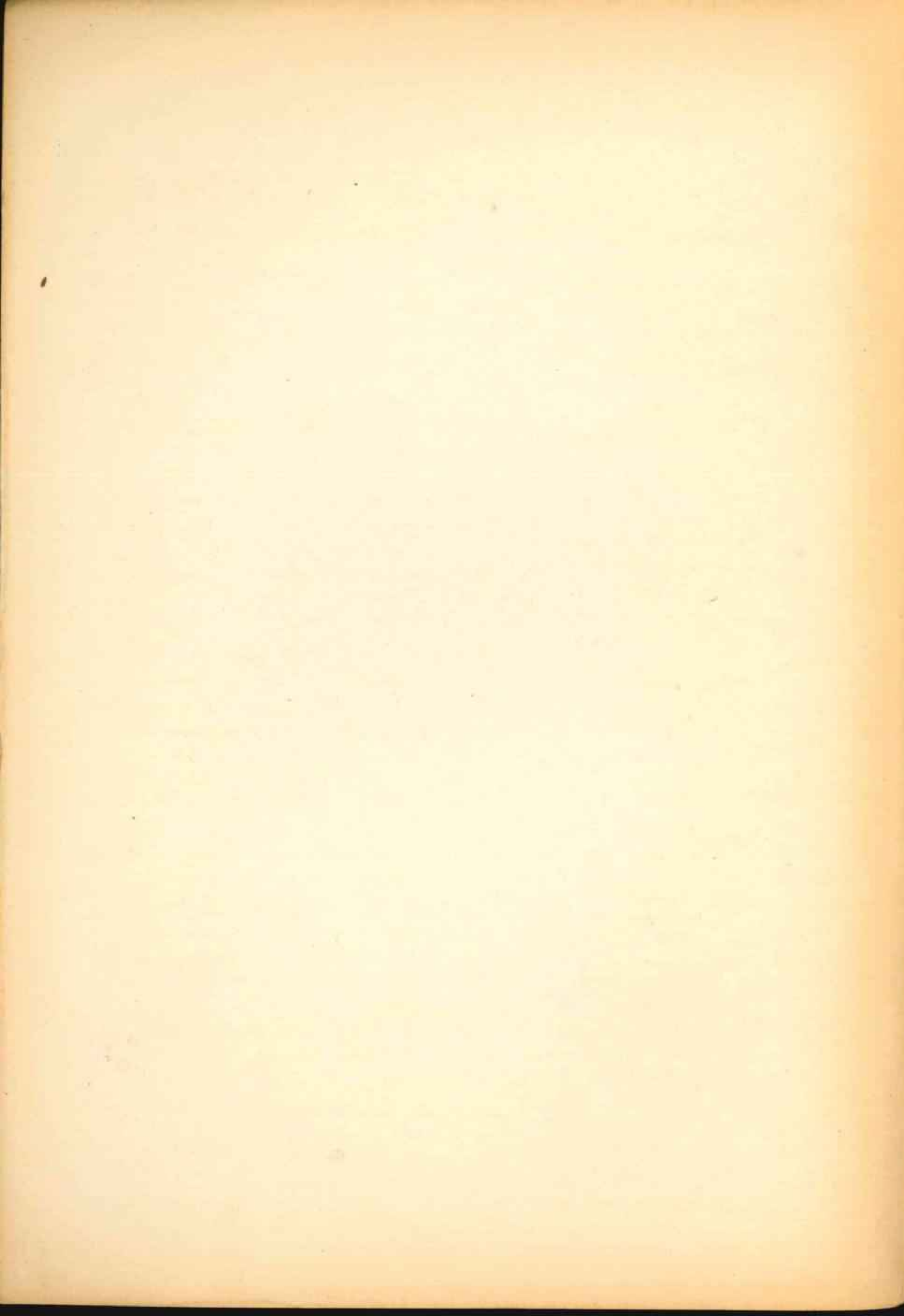


atob

ANKARA TABİP ODASI BÜLTENİ

● MEYAK KESİNTİ
LERİ ● NOBET ÜC
RETLERİ ●● GENEL
SAGLIK SIGORTA
SI KANUN TASA
RISI ● BİLİMSEL
YAZI ÖZETLERİ ●
● ODA HABERLERİ

KASIM 1975 / SAYI 2 / YIL 1 / FİATİ 10 TL.



ATOB

Türk Tabipleri Birliği
Ankara Tabip Odası
Aylık Yayın Organı

Sahibi
Ankara Tabip Odası
adına Başkan
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Yazışleri Müdürü
Dr. Orhan AYBERS

Teknik Sekreter
Cevdet DURANOĞLU

İstanbul Temsilcisi
İsmail UZGİDEN

Kapak
Sinan Bora YÜCEL

Yönetim Yeri
Hanımeli Sok. 16/2
Sıhhiye / Ankara
12 25 58

Dizgi baskı
MAYA
Matbaacılık Yayıncılık
Ltd. Şti.
Ankara
Tel: 18 89 72

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone
100 TL. Öğrencilere Yıllık
abone 60 TL. Dış ülkelere
12 \$ (Normal posta)

Yayımlanan yazılardaki gö-
rüş ve düşünceler yazarları-
na aittir. Ankara Tabip
Odası ve ATOB'u bağlamaz

İlan Tarifesi

Kapaklar 1500 TL
İç tam sayfa . . . 1000 TL
İç yarım sayfa . . 750 TL

Söyleşi

Gelişmekte olan ATOB, bu sayıyla ikinci adımını da attı ve kişiliği de daha iyi belirlenmeye başladı. Birkaç sayı içinde çok daha kusursuz, aranılan ve yayın alanında bir boşluğu dolduran ATOB'a kavuşacaksınız.

Birinci sayıdaki sizlerle söyleşi sütununda "derginin bu sayısını beğenmeyebilirsiniz, çünkü biz de beğenmedik" demiştik. İlk sayıyı en çok eleştirenlerin, odada etkin bir çalışma gösterenler olduğunu bu arada belirtmek gerek. Eleştirilerin büyük bir kısmı, derginin içeriği ile ilgili idi. Söz gelişi; tıp dışı, özellikle de uğraş içi sorunlara ağırlık verilmesini isteyenlerin yanında, bu derginin yalnız bir "tıbbi" dergi olmasını önerenler de vardı.

ATOB'un amacı; ülkemizin sağlık sorunlarını ve meslek içi sorunlarımızı ülkenin genel sorunları içindeki yerine oturtmak, başka bir deyişle, bu sorunları oluşturan nedenlerin düzenle olan yakın ilgisini açıklığa kavuşturmak diyebiliriz. Bu amacı gerçekleştirmenin aslında kolay olmadığını, bu arada birçok eksikliklerimizin, acemiliklerimizin olacağını biliyoruz.

Sağlıklı bir gelişme bildiğimiz kadarıyla eytişim yoluyla gerçekleştirilebilir. ATOB'la ilgili, karşısav niteliğindeki eleştirilerinizin, bir senteze gidebilmemiz için yaşamsal bir önemi vardır. Ne var ki; bu eleştirilerin iyi niyetli ve yapıcı nitelikte olması da bir koşul olarak karşımıza çıkmaktadır.

Eleştiricilerin sözde kalmayıp, düşünce, gözlem ve çalışmalarını yazıp çizerek göndermeleri üreticiliğimize büyük katkıda bulunacaktır.

Gelecek sayıda buluşmak üzere. . . .

odadan haberler

Nöbet ve fazla mesai ücretleri

Geçen sayımızda sizlere, nöbet ve fazla mesai ile ilgili görüş ve şimdiye kadarki çalışmalarımızı kısaca özetlemiştik.

Yurdumuzda sağlık hizmetleri değişik yapıdaki örgütlerce verilmektedir. Buralarda çalışan personelin her birinin emeği ayrı biçimde değerlendirilmektedir. İşyerlerinde, anlaşılmaz kimisi uygulanır kimisi uygulanmaz, kimisi de kanunlara hatta Anayasamıza aykırı yönetmelikler, çalışma ve ödeme biçimleri vardır.

Bütün bu değişik koşullardaki arkadaşlarımızın hukuki durumlarının ayrı ayrı saptanması, yapılacak çalışmaların organizasyon ve finansmanı gibi çok güç problemler nihayet aşılmış bulunuyor.

Halen mevcut uygulamada fazla mesai ve nöbet paraları konusunda hiç bir işlem yapmayan yerler olduğu gibi, gülünç ücretler ödeyen yerler de vardır. Özelliklerine göre her iş yerindeki arkadaşlar bu ay örnek dilekçelerimizde gösterildiği şekilde ilgili makamlara müracaatlarını yapacaklardır. Müracaatlar her klinikten, gönüllü veya kura ile atanacak bir kişinin müracaatı şeklinde olacak ve alınan cevap Ankara Tabip Odasına iletilecektir. Davaların hukuki yönden açılması, takibi, Odamızca yürütülecektir.

Şimdiki haksız uygulamayı derhal durdurup muntazam ödemelerin başlaması yanında şimdiye kadar yapılmış olan fazla mesailerin de karşılığı en kısa sürede alınacaktır.

Takip edeceğimiz yol şudur:

A— HALEN FAZLA ÇALIŞMA KARŞILIĞI OLARAK HİÇBİR ÖDEME OLMAYAN KURUMLARDA:

1. Örnek dilekçe 1'de görüldüğü üzere ilgili klinik veya kürsü başkanlığı aracılığı ile başhekimliklere veya dekanlıklara müracaatla bundan sonraki fazla mesai bildirimlerinin başlaması sağlanmalıdır.

2. Geçmiş yıllardaki fazla mesai-lerle ilgili olarak aynı yoldan örnek dilekçe 2'deki müracaatlar yapılmalıdır.

B— HALEN FAZLA ÇALIŞMA KARŞILIĞI OLARAK AZ DA OLSA BİR ÜCRET ALANLAR dilekçe örneği 3'deki gibi aynı makamlara müracaat etmelidir.

C— HALEN ALDIĞI PARANIN NE GİBİ KISIMLARDAN OLUŞTUĞUNU, İÇİNDEN NEREYE NE KADAR PARA KESİLDİĞİNİ VE FAZLA MESAI OLUP OLMADIĞINI BİLMEYENLER ise dilekçe örneği 4'deki gibi müracaatını aynı yollardan yapmalıdır.

Bu müracaatlara alınacak cevaplar Ankara Tabip Odası'na üzerinde isim soyadı ile iş ve ev adresi yazılı bir dosya ile (ilgili deftere kayıt ettirilerek) teslim edilmelidir. Vaki müracaatlardaki aksilik ve gecikmelerden Ankara Tabip Odası süratle haberdar edilmelidir.

Konu ile ilgili gelişmeler arkadaşlara muntazaman duyurulacaktır.

Ankara Tabip Odası
Hukuk Bürosu

DİLEKÇE ÖRNEĞİ 1

..... Başkanlığına,

Tarafınızdan bugüne kadar sürdürülen uygulamada "fazla mesai" olarak çalıştığımız nöbet günleri ve saatlerinin muntazaman ilgili Dekanlığa bildirilmediği, bu hususun genellikle ihmale uğradığı tarafımızdan anlaşılmıştır. Bundan böyle fazla mesaiden doğan haklarımızın tesbitinde yanlışlık olmaması için yukarıda belirttiğimiz bildirimim her ay sonunda muntazam yapılmasında titiz davranılması gerekmektedir.

Gereğini arzederim.

Saygılarımla.

DİLEKÇE ÖRNEĞİ 2

..... Başkanlığına,

..... tarihinden beri kliniğinizde asistan olarak çalışmaktayım. Bu tarihten itibaren yaptığım mesailerin nöbet ve fazla mesai olan kısımlarıyla birlikte tarafımıza tarihleri ile ayrıntılı olarak bildirilmesini arzederim.

Saygılarımla.

DİLEKÇE ÖRNEĞİ 3

..... Başkanlığına,

..... tarihinden beri kliniğinizde çalışmaktayım. Adı geçen tarihten itibaren her ay yaptığım nöbet ve fazla mesailerin ayrıntılı olarak ve de gene tarihinden itibaren bu fazla mesai ve nöbet hizmetleri karşılığında tarafıma yapılan ödemelerin aylara göre bildirilmesini arzederim.

Saygılarımla,

DİLEKÇE ÖRNEĞİ 4

..... Başkanlığına,

Tarafıma ayrıntılı ve muntazam maaş bordrosu verilmediği için halen her ay tarafıma ödenen paranın hangi kısımlardan oluştuğunu, içinde ne kadar nereye para kesildiğini bilememekteyim. Bu hususları ve özellikle yaptığım fazla mesai ve nöbet hizmetleri için ücret ödenip ödenmediğini ve bu ödenme veya ödenmeme keyfiyetinin hangi kanun ve yönetmeliklere ve kararlara göre yürütüldüğünün tarafıma yazılı olarak bildirilmesini arz ederim.

Saygılarımla.



Üyelerimize Duyuru

BUNDAN BÖYLE HER PAZARTESİ GÜNÜ SAAT 16.00—20.00 ARASINDA ODAMIZ ÜYELERİNE, HUKUK MÜŞAVİRİMİZ TARAFINDAN;

- SAĞLIK MEVZUATI
- BAĞ—KUR MEVZUATI
- SSK MEVZUATI
- DEVLET MEMURLARI İLE İLGİLİ MEVZUAT
- ÜNİVERSİTELER
- VE DİĞER BÜTÜN HUKUKİ KONULARDA

ÜCRETSİZ OLARAK DANIŞMANLIK YAPILACAKTIR.

ANKARA TABİP ODASI

NOT: SAYIN ABONELERİMİZİN YUKARIDAKİ HİZMETTEN YARARLANA—BİLMELERİ İÇİN ATOB ARACILIK EDECEKTİR.

Yazışma Adresi:

ANKARA TABİP ODASI BÜLTENİ
HANİMELİ SOK. 16/2
SIHHİYE—ANKARA

MEYAK Kesintileri

657 sayılı yasanın 1327 sayılı yasa ile değişik 190'ıncı maddesi gereğince MEYAK kurulması için 1.3.1970'den itibaren maaşlarımızdan % 5 kesinti yapılmaya başlanmıştı. Ancak aynı yasanın açık hükmüne göre 30.2.1971 gününe kadar çıkarılacak bir yasa ile MEYAK kurulmuş olacaktı. Bu yasa bugüne kadar çıkmamış, MEYAK kurulamamış ve dolayısı ile maaşlarımızdan % 5 kesinti yapılması kanuni geçerliliğini kaybetmiştir.

Yasalar ve Anayasal hükümlere göre bu kesintilerin yapılmaması ve eski kesintilerin derhal iadesi gerekmektedir. Her memurun en az 5000, en çok 30.000 lirası halen MEYAK için maaşımızdan kesilmiş durumdadır.

Bundan sonra maaşlarımızdan bu paraların kesilmemesi ve eski kesintilerin iadesi için halen yurt çapında bütün devlet memurları, ilgili mercilere müracaat etmeğe başlamışlardır. Alınacak cevaplara göre gerekirse derhal danıştaya ilgili davalar açılacaktır.

657 sayılı kanun kapsamına giren bütün devlet memurları örnek dilekçe No: 1'de görüldüğü şekilde ilgili mercilere verilmeli ve tarih numara alınarak cevaplar takip edilmelidir.

1765 sayılı üniversite personel kanununa bağlı arkadaşlarımız ise örnek dilekçe No: 2'yi kullanacaklardır. Zira burada daha büyük bir uygulama hatası mevcuttur. Bilindiği üzere ayrı Personel Kanunu olan ve 657 sayılı kanuna bağlı olmayan Danıştay, Sayıştay, Yargıtay, Ordu mensuplarından bu % 5'ler kesilmemektedir.

Üniversite Akademik personeli de 657 sayılı yasaya göre değil 1765 sayılı Üniversite Personel Yasasına bağlı olup, baştan beri bu kesintilerin maaşlarından hiç yapılmaması gerekmekte idi.

Üniversite Akademik Personeli olan arkadaşlar da aynı şekilde 2. örnek dilekçede görüldüğü şekilde Maliye Bakanlığına başvurmalı ve aldığı cevabı gerekli danıştay davası açılmak üzere Ankara Tabip Odasına iletmelidir.

"DİLEKÇE ÖRNEĞİ 1"

Maliye Bakanlığı'na

ANKARA

657 Sayılı Yasanın, 1327 sayılı Yasa ile değişik hükmü uyarınca kurulması gereken MEYAK bugüne kadar kurulmamıştır. Durum böyle olunca anılan madde hükmüne göre benden kesilen % 5 MEYAK kesintisi yasal dayanaktan mahrum kalmaktadır.

Oysa Yargıtay, Danıştay, Sayıştay üyelerinden ve hakimlerden böyle bir kesinti yapılmamaktadır. Bu da Anayasanın eşitlik ilkesine aykırıdır.

Bu nedenle maaşımdan kesilen paraların en geç bir ay içerisinde faizleriyle birlikte tarafıma iadesini ve bundan böyle maaşımdan bu kesintinin yapılmamasını aksi halde yargı yoluna başvuracağımı saygılarımla arz ederim.

İş Adresi:

Ev Adresi:

"DİLEKÇE ÖRNEĞİ : 2"

Maliye Bakanlığı'na

ANKARA

657 sayılı Devlet Memurları Yasasının 1357 sayılı yasa ile değişik 190'ıncı maddesinde DEVLET MEMURLARININ ek sosyal sigorta, konut... ve diğer ihtiyaçlarını karşılamakta yardımcı olmak.... üzere bu kanunun yayımı tarihinden itibaren en geç bir yıl içinde çıkarılacak özel bir kanunla "Devlet Memurları Yardımlaşma Kurumu" kurulacağı ve memurların aylıklarından bu amaçla % 5 kesinti yapılacağı hükme bağlanmış bulunmaktadır.

657 sayılı yasa hükümlerinin, bu yasanın 1'inci maddesinde sayılan kurum ve kuruluşlarda çalışan memurlara uygulanacağı ve üniversitelerin öğretim üye ve yardımcılarının kendi özel kanunlarına tabi olacakları anılan madde ile açık bir şekilde belirlenmiştir.

- Bilindiği gibi "... Üniversiteler Kanununa tabi Üniversite Öğretim Üyelerinin ve Öğretim Yardımcılarının aylıkları, ödenekleri ve diğer özlük işleri..." 1765 sayılı Üniversite Personel Yasası hükümlerine göre yani 657 sayılı Yasanın 1'inci maddesinin son bendinde sözü edilen "ÖZEL KANUN"a göre düzenlenmektedir.

Bir başka ifade ile 1765 sayılı Üniversite Personel Yasasına tabi olan Öğretim Üyeleri ile Yardımcıları 657 sayılı yasada belirtilen memur sınıfından sayılmamaktadır.

Bu itibarla 1765 sayılı yasanın atıfta bulunmadığı hallerde Üniversite Öğretim Üyeleri ile yardımcıları hakkında 657 sayılı yasa hükümlerinin uygulanmasına olanak yoktur.

Bu nedenlerle Üniversite Öğretim Üyeleri ile yardımcıları hakkında 657 sayılı yasanın 1357 sayılı yasa ile değişik 190'ıncı maddesinin uygulanması ve aylıklarından % 5 MEYAK kesintisi kesilmesi yasanın açık ve kesin hükmüne aykırı bir işlemdir.

Nitekim 657 sayılı Yasanın 1'inci maddesinin 2'inci bendinde sayılan ve özel personel yasaları bulunan hakim sınıfı ile ordu mensupları ve 440 sayılı İktisadi Devlet Teşekkülleri personeli bu uygulamanın dışında tutulmuştur.

Mevcut uygulama, anılan 190'ıncı madde hükmüne göre 1 yıl içinde kurulması gereken "Devlet Memurları Yardımlaşma Kurumu"nun aradan 5 yıl geçmesine rağmen kurulmamış olması nedeni ile de yasal dayanaktan mahrumdur.

Yukarıda arz olunan nedenlerle yasaya aykırı uygulamaya son verilerek maaşından.....itibaren % 5 MEYAK kesintisi yapılmamasını ve şimdiye kadar kesilenlerin iadesini, aksi halde yargı yoluna başvuracağımı saygılarımla arz ederim.

İş Adresi:

İMZA

Ankara Tabip Odasının, İspanya'da geçtiğimiz ay 5 gencin kurşuna dizilmesinden önce, İspanya Tıp Birliğine çektiği telgraf metnini aynen veriyoruz:

İSPANYA TIP BİRLİĞİ
MADRİT – İSPANYA

SAYIN MESLEKDAŞLARIMIZ,

BİZLER, TIP FAKÜLTELERİNİ BİTİRDİĞİMİZ GÜN "İNSAN HAYATINA, ANA KARNINA DÜŞTÜĞÜ ANDAN İTİBAREN MUTLAK BİR ŞEKİLDE SAYGI GÖSTERECEĞİM" ŞEKLİNDE SÖZ VEREN BİR MESLEĞİN MENSUPLARIYIZ.

BU NEDENLE, ÜLKENİZDE 2 HAMİLE KADIN VE BAZI GENÇLERİN İDAM CEZALARINA ÇARPTIRILDIĞINI DUYDUĞUMUZDA BU KARARDAN UTANÇ DUYDUK. HELE BU GENÇLERİN BOYUNLARININ MENGENE İLE SIKIŞTIRILARAK HAYATLARINA SON VERİLECEĞİNİ ÖĞRENDİĞİMİZDE İSPANYA'LI DOKTORLARIN DA EN AZ BİZİM KADAR UTANACAKLARINI, BUNA KARŞI MÜCADELE YOLUNU SEÇECEKLERİNİ, EN AZINDAN BU KARARI PROTESTO EDECEKLERİNİ DÜŞÜNDÜK.

ÇÜNKÜ BUNA BENZER BİR OLAY BUNDAN 3 YIL ÖNCE TÜRKİYE'DE OLDU. 25 YAŞLARINDA ÜÇ GENÇ İNSAN İÇİN, ASKERİ MAHKEMELER BİZİM ÜLKEMİZDE DE İDAM KARARI VERDİLER.

O ZAMAN ANKARA'LI DOKTORLAR BU GENÇLERİN İDAMLARININ ÖNLENMESİ İÇİN ÇABA SARFETTİLER. BASINDA VE KAMU OYUNDA İDAM CEZALARINA KARŞI OLDUKLARINI AÇIKLADILAR.

SİZLERİN DE BU UTANÇ VERİCİ, İĞRENÇ OLAYI KINAYACAĞINIZI DÜŞÜNÜYORUZ. MESLEĞİMİZ BUNU GEREKTİRMEKTEDİR. KORKMAMALISINIZ. EN AĞIR BASKILAR ALTINDA BİLE İNSAN HAYATININ DEVAMINI KORUMAKLA GÖREVLİ BİR MESLEĞİN MENSUPLARI OLARAK SİZİ BU GÖREVİNİZİ YAPMAĞA ÇAĞIRIRKEN, BU KONUDA ELİMİZDEN GELDİĞİ ÖLÇÜDE YARDIMCI OLACAĞIMIZA SÖZ VERİRİZ.

ANKARA TABİP ODASI
YÖNETİM KURULU

dr. turhan temuin

Asistan mı Kapıkulu mu?

TURHAN TEMUIN

Bizim ğrenciliğimiz döneminde bir "palto" söylentisi dolaşır dururdu. Denirdi ki:

"- Her kim ki, hocanın paltosunu daha çok tutar, O klinikte başasistan olarak kalır."

"- Pekiy" derdik "bizde, asistan nasıl olunur?"

"- Onun için de doktoradan sonra çalışmaya başlayacaksın, hocanın kitaplarını satacaksın, bayramlarda övgüsünü yapıp, elini öpeceksin."

Bunlar belki abartmaydı. Ama bakardık çevremize "paltocu"lar hep başa güreşiyor, "fotoğrafçılar" hep ön safta.

Sonra, derken bir de baktık ki "paltocular" ve "fotoğrafçılar" varlıklarını korumakla birlikte ortaya bir de "hanedan" çıktı. Bizim fakültemizde "hanedan"ı şöyle bir toplasanız, onlardan yepyeni bir fakültenin ğretim üyesi kadrosu oluşturulur. Yahu, bu akademik kariyer amma da irsi, amma da konjenital imiş be. Baba profesör, oğul doçent. Efendi kürsü şefi, hanım yardımcısı. Yeğen başasistan, amca, ya da dayı dekan. Ağabey bir kliniğı kapmış, küçük kardeş de ötekini.

Siz asistanlık imtihanına girecekmişsiniz! Girin kardeşim, sizi engelliyen yok. En güzelim cevapları siz vermişsiniz! Verin kardeşim, niye verdin diyen yok. Amma, ille de bonservisiniz olacak, hanedan soyundan, mavi kandan olduğunuza ilişkin. Böyle bir bonservisiniz olmazsa, verdiğiniz o güzelim cevapları ve imtihan kâğıdınızı alın da başınıza siperlik yapın. Güneş geçmesin diye.

Demeyin sakın, hiç mi olmaz senden, benden, ya da aramızdan biri asistan?

Hiç kuşkusuz olur. Hanedanın çoğalımının yetmediğı yerlerde, ihtiyaca binaen ve üzülenek sıradan birisi de asistan yapılır.

Ama o asistan değıl, kapı kuludur artık.

"Alavere dalavere kürt Memet nöbete" örneğı, gelsin o kanı mavi olmayan asistan, gitsin o hanedan dışı asistan. Fırçanın âlâsı O'na angaryanın kaymaklısı ona.

Yok canım üniversite asistanlığına ne baş vurmuşluğumuz var, ne de ordan bir kuyruk acımız. Ama biz kendi sıkıntılarımızla değıl, toplumun sıkıntıları ile kalem oynatıyoruz. Özellikle Tıp fakültelerindeki asistanlık statüsü anlattığımızdan üç aşağı, beş yukarı hiç değışik değıldir.

Asistanı "kapı kulu" olarak görmek, onu aşağılamak ve ona hekimlik haklarından hiç birisini vermemek bir deontoloji verisi oldu artık!

Asistanlık döneminin sıkıntılarını çekenler, yeni bir düzenlemeye gideceklerine, kendi sıkıntılarının öcünü, kendilerinden sonra gelen asistanlardan almakta yarışmaktadırlar.

Yarış, önce asistanlık yollarını tıkamak, sonra da asistanı "kapı kulu" gibi görmekle başlıyor.

Ama nasıl bitecek? Yepyeni bir kuşak yetişiyor. Hastasına da, sanatına da, yeminine de bağılı bir kuşak. İşte bitişi onlar vurgulayacak. Bir kez daha geri dönmemek üzere "kapı kulluğı" bitecek ve göndere hekimliğin onur bayrağı çekilecek.

O günlere saygıyla gidiyoruz.

dr. ihsan ünlüer

Bay Servet'in hikayesi

Bunca orman koparılır topraktan
Kesilir biçilir
Bunca orman yok edilir
Merdaneler altında
Bunca orman kurban edilir kâğıt hamuruna
Milyarlarca gazete çıkar her yıl
Ve bu gazetelerde
Ağaçların, ormanların tükenmesinden doğacak belâlar üstüne
Okurların dikkati çekilir.

— Jacques Prevert —

1935'te İtalya'nın faşist despotu Duçe Mussolini de diyordu bakın:

"Cephede edindiğim kuvvetli vurucu silâhlardan önce başka bir silahı keşfettim. Bu silâh da "yazılı sözün gücü"dür. GAZETE böylece benim TOP'um ve BAYRAĞIM oldu.."

En etken eğitici olduğu kadar en etken uyutucu araç, en etken öldürücü araç olan gazete denen bu topun barutu nereden geliyordu? Kuşkusuz Napolyonun par-ra, parra, yine parra dediği gibi parasal yönden gazetenin barutu da İLANLARDAN geliyordu... İşte çeşitli ilânlar:

Gazete ilânlarla yaşar
Çiftler ilânlarla eş bulur
İnsanlar İlânlarda doğar
İlânlarda ölür...
Kimi der, ilânlarda:
Bir oğlumuz oldu..
Kimisi der
"Partimizden sekiz adet senatör
Yarım düzine milletvekili kayboldu.."
Gazeteler ilanla yaşar.
İşte ilânların en ucuzu:
"Milletvekili kartımla birlikte
Haysiyet ve onurumu kaybettim. Geçersiz
Milli Ekseriyet Partisinden
Bay Hicabeddin Nafiz.."
İlânlarda elektrikli
Buzdolapları, süpürgeler,
Ve en hünerli çamaşır makinesi
Suratınızdaki yüz karasını,
Sırtınızdaki çamuru,
Ellerdeki kan lekesini
Yıpratmadan temizler..

Gelelim Bay Servet'in ilânlarına

Şişli, Osmanbey, Nişantaş
Özelbahçe, Lüküs hayat kliniğinde
Ol sedekten doğdu ol dür danesi
Ailenin bir tanesi
Lord Prof. Hazakaddinin
Sihirli elleriyle
Dünyaya geldi Servet'imiz
Dost ve akrabalara müjdeleriz..

Doğum günü, daha sonra bakarsınız yaş günü, nişanlanma, evlenme, ölüm ilânına kadar hep debdebe. Gazete sütunlarında hep Servet.. Doğumundan ölümüne. Seneler geçer bakarsınız ki ilânlara gözünüze yine bir ilân ilişiverir:

Oğlumuz, biricik Servetimiz
Ve kızımız Pirayemiz
Evlendiler.. Müjdeleriz.
Düğün dernek
Yine gazete sayfalarında
Boy boy.. viskili.. miskili
Tabanca, tavuklu ziyafet
Kırk gün kırk gece düğün
Hep gazetelerde gördüğün..
Sosyetenin en cici kaynanaları
En yakışıklı göbekli kayınbabaları..
Seneler geçer
İki sene, beş sene
Gazete ilânlarında
Servet bey gene:
"Servetimizin, Pirayemizin
Nur topu gibi bir tosunu oldu
Dünyanın nüfusu bir adet arttı
TOSUN aileyi sevince kattı.."

İşte yine bir ilân

Bay Servet'in prostatı
Nazik ve hazik hekimlerin ellerinde
Özel ve güzel sosyete kliniklerinde
Yirmi bin teklife patlıyarak
Maharetle alındı.
Memleketin medarı iftihar
Lord. Prof. TÛCCAREDDİN beye
ve asistanı Dr. Anemik Necmi'ye
Başhemşire Cevriye,
Hastabakıcı Nuriye,
Ve kapucu Kastamonulu NURİ'ye
Candan ilgisini esirgemeyen
Özel kliniğin sahibi Sururi beye
Tüm hizmetkâr ve personeliyle
Tekir kediye
Teşekkürlerimizle birlikte
Yirmi bin teklîğimizi takdim ederiz.

Seneler geçer.. Evet
Bu kez gazete sütunlarında
Bay Servet
Bu kez sayfalar dolusu
Amma bu kez ilânların sonuncusu:

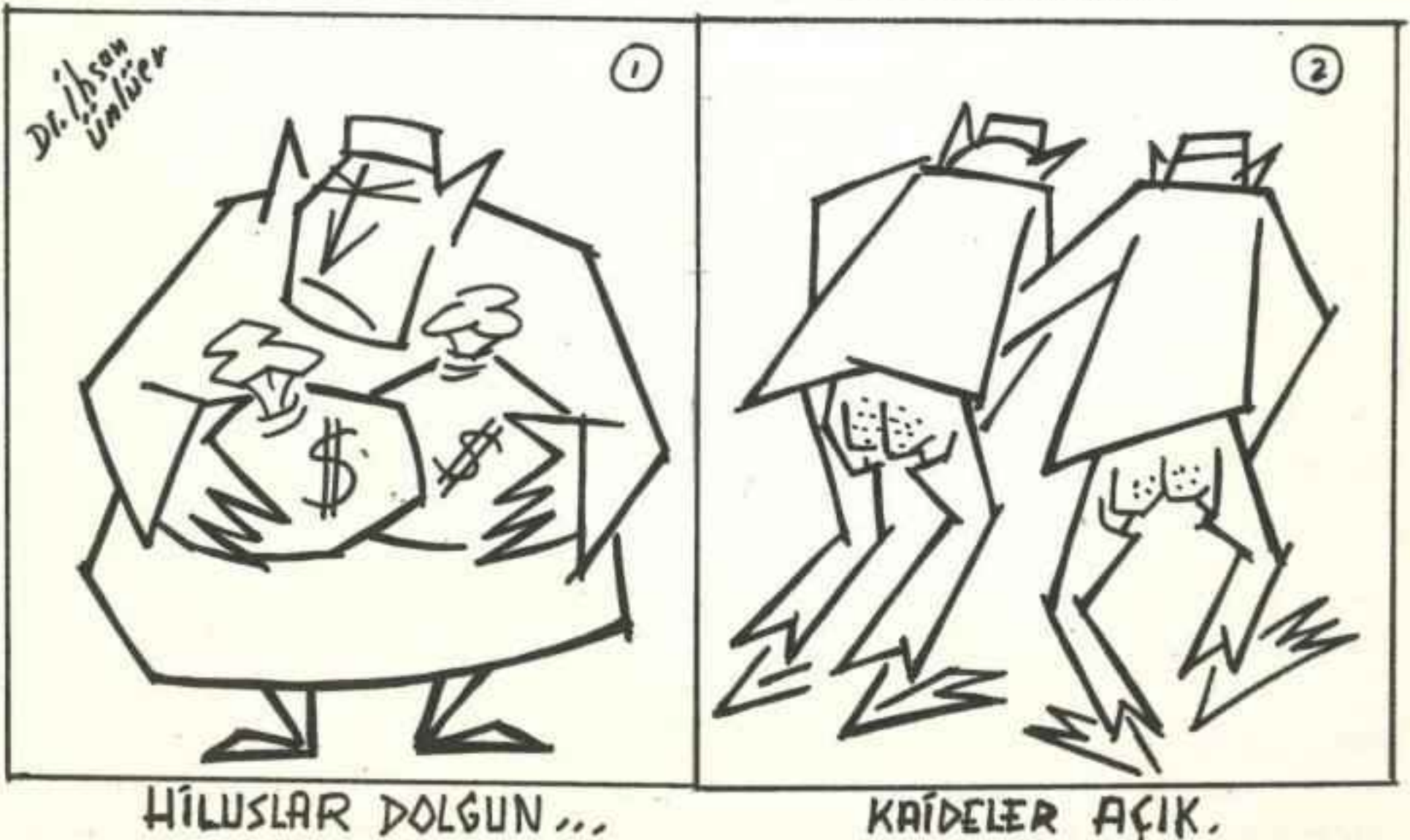
Sayın Bay Servet, şirketimizin kurucusu

Merhum Sultan Palamut ahfadından
Salihati nisvan Diliruba hamfendinin torunlarından
Eski Gröndland elçimiz ve
Madagaskar maslahatgüzarımız
Tevfik Şükreddin beyin
Bacanaklarından.. Sandıkzadelerin
Koltukzadelerin
Ahmet Hüseyin, Duyunuumumiyye,
Komisyon-u hususiyye
Müsaid Bey'in Refikai-muhteremesi, Bn. Saniye
ve T.İ.M.T.A.Ş. (Tapon mallar Anonim Şirketi) kurucusu
POL HAMBURGER (Paris)
Dul bayan Şaziment HAMBURGER'in kayınçosu
Yüksek Tüccar İflaseddin
Beylerin kardeşleri
Banu, Zeynep, Zuhul, Fikret, Keramet ve Süleyman beyin abisi
İstif edilmiş milyonların sahibisi
Bay Servet MİLYON-ER
Vefat etmiştir.
İşte böyle, gazetelerde başlayıp, hep gazetelerde bitiyor
insanoğlunun

HİKAYESİ..

DÜNÜN HEKİMİ

BUGÜNÜN HEKİMİ



röportaj

Genel sağlık sigortası kanun tasarısı

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANI SAYIN KEMAL DEMİR İLE
YAPILAN BİR GÖRÜŞME..

ATOB: Genel Sağlık Sigortası ile getirilmek istenen nedir, açıklarmısınız?

Dr. KEMAL DEMİR : Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının amacı kanun kapsamına giren Sigortalılar ile bunların geçindirmekle yükümlü olduğu kimseler bu kanundan belirtilen şartlar içinde sağlık yardımı yapmak, ve bunu gerçekleştirecek bir örgüt kurmaktır. Böylece esasen sağlıkları güvence altına alınmış Sosyal Sigortalar Kurumu ve Silahlı Kuvvetlerle ilgili kişiler ve aileleri efradı dışında kalan bütün nüfusa sağlık ile ilgili Sosyal güvenlik tedbirleri getirmiş olacaktır. Amacı ve kapsamını ifade ettiğim bu kanun hükümlerinden yararlanacak olan nüfus grupları köylerde ve kırsal bölgelerde oturanlar ile tarımla uğraşanlar, Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı kanun kapsamında olan memur ve hizmetliler, emekliler, kanunla kurulu sandıklardan malullük, emeklilik, dul ve yetim aylığı almakta olanlar, Bağ - Kur kapsamına giren bağımsız çalışanlarla, buralara kayıtlı olup müstakil çalışan avukatlar, esnaf ve sanatkârlar, ticaret ve sanayi erbabı ve diğer bağımsız çalışanlar durumları yukarıdaki her hangi bir gruba girmeyen herkesin eş ve çocukları ile geçindirmekle yükümlü oldukları kimselerdir. Böylece diğer Sağlık Sigortası bünyesinde bulunanlarla birlikte yaklaşık 40 Milyona yakın nüfusumuz Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmış olacaktır.

ATOB: Acaba bu Sağlık Sigortası kanun tasarısı yalnız bir hastalık sigortası mı olacaktır, yoksa koruyucu hekimlik hizmetlerini de içerecek midir?

Dr. KEMAL DEMİR: Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı ile sigortalılara getirilecek olan hizmetleri şöyle özetlemek mümkündür. Bunlar sağlık yardımlarıdır. Bu sağlık yardımları; hekim muayenesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine gerekli laboratuvar ve klinik muayeneleri, ayaktan veya yatırılarak tedavilerin sağlanması, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirici araçların verilmesi, analık yardımları, doğumda ve doğum sonrası gerekli sağlık yardımlarının yapılması, ağız protezleri

hariç diğer protezler, protez araç ve gereçlerinin sağlanması ve gerektiğinde verilmesi, Sigortalının her türlü sağlık, analık ve protez araç ve gereçleriyle ilgili yardımların yapılabilmesi için başka bir yere gönderilmesi üzerine gerektiğinde refakatçisi de dahil olmak üzere yol masrafları ile zaruri masraflarının verilmesi, sigortalının ölümü halinde cenaze masraflarının ödenmesi, sigortalıya ayaktan tedavi sırasında verilen reçetelerle alacağı ilaç bedelinin % 75'i kurum tarafından karşılanacak, sigortalı ilaç tutarının % 25'ini verecektir. Ödeme gücü yeterli olmayanlar bu % 25'i de ödemeyecekler, ilaçların tamamını parasız olarak alacaklardır. Bunlar, sigortalının, kapsamı içine gireceklere getirdiği sağlık yardımlarıdır. Koruyucu hizmetler, Anayasa'mızın ve mevzuatımızın gereği olarak devlet, dolayısıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak yürütülmektedir, ücretsiz olarak yürütülmeye de devam edilecektir.

ATOB: Bu hizmetleri vermek amacını güden tasarının mali yükü ne kadardır? Bütçeden gerekli para ayrılabilir mi? Ayrıca, ülkemizdeki doktor sayısı yeterli midir.

Dr. KEMAL DEMİR: Genel Sağlık Sigortasının gerektireceği uygulamalar karşılığı; aileler adına yalnız aile reislerinden sigorta primi alınacaktır. Buna karşılık sigortalının aile efradı ve bakmakla yükümlü olduğu kimseler sigortanın sağlık yardımlarından faydalanacaktır. Bu prim gayrisafi gelirin en çok % 4'ü olacaktır. Ancak ödeme gücü yeterli olmayan bütün vatandaşlar, memurlar, emekli, dul, yetim ve onların bakmakla yükümlü oldukları kimseler sigorta primi ödemeyecekler, bunların primlerini devlet ödeyecektir. Ödeme gücü bulunanların gayrisafi gelirleri üzerinden alınacak primlerin en çok % 4 olarak tesbit edilmiş bulunması ve hangi gelir gruplarından bu primlerin ve ne oranda alınacağını tesbitinin bakanlar kuruluna bırakılması, ödeme gücü bulunmasına rağmen geliri daha az olandan % 4'ün altında prim alınabilmesine imkân sağlamak içindir. Böylece, ödeme gücü olduğu için prim verecek olanlar dahi, eğer gelirleri azsa % 4'ün altından prim ödeyecektir, gelirleri yüksekse prim oranı % 4 olacaktır. Böylece Bakanlar Kurulu ödeme gücü bulunduğu için prim ödeyecek gruplar arasında daha düşük gelire sahip olanlara daha düşük oranda prim uygulama imkânına sahip olabilecektir. Mevcut Kanun tasarısı Bakanlar Kurulu'na buna ilaveten prime esas olacak gelir gruplarının alt ve üst sınırlarını tesbit etme yetkisini de vermiştir. Devlet Sağlık hizmetlerinin görülmesi bakımından sigorta gelirlerinde bir yetersizlik doğduğunda giderle gelir arasındaki farkı da ödeyecektir. Halka yeterli düzeyde sağlık hizmetini getirme bakımından kurum, aldığı gelirler karşısında aciz kalırsa o zaman devlet aradaki bu farkı da ödeyecektir. Tabiatıyla bu para bütçeye konacaktır, her yılki harcama miktarı değişik olacağı için kesin rakam vermek mümkün değildir. Uygulama kademeli yapılacaktır. Kaç ilde başlayacaksa ona göre bir ödeme söz konusu olabilecektir. Bu iller sigorta kapsamına alınacağı için, bütün ülkede uygulandığı dikkate alındığında bugünkü ölçülerle devletin katkısının yaklaşık olarak 3 milyar Lira olacağı söylenebilir. Hangi gelir gruplarından ne oranda prim alınacağı Bakanlar Kurulu tarafından saptanacağından bugün için devletin katkısının ne kadar olacağını kesin olarak söylemek mümkün değildir.

ATOB: Uygulama kademeli olacaktır demiştiniz. ...

Dr. KEMAL DEMİR: Evet uygulama kademeli olacaktır. Bu kademedeki iller, sağlık hizmetine olan ihtiyaçlarına göre tesbit edilecektir. Sağlık hizmetlerine, o ilde bulunan vatandaşlarımızın ihtiyaçları dikkati nazara alınarak tesbit edilecektir ve

uygulama yapılacak illerde gerekli tedbirler alındıktan sonra uygulama başlayacaktır. Gerekli yatak ve gerekli personel tedbirleri alındıktan sonra uygulamaya başlanacaktır.

ATOB: Bütün Türkiye'de uygulama ne zaman başlar?

Dr. KEMAL DEMİR: Kademeli olarak uygulama başlar. Bütün Türkiye'ye yayılması, uygulama imkanlarının geliştirilmesi içerisinde Bakanlar Kurulunun seçimi ile olacaktır. Bu nedenle kaç yıl içinde bütün Türkiye'de uygulanır, söyleme imkanı olmaz.

ATOB: Kademeli uygulama, uygulamanın yapıldığı ilde bir yığılmaya neden olabilir mi?

Dr. KEMAL DEMİR: Yalnız uygulama yapılan ildeki vatandaşlar sigorta kapsamına alınacak, imkânlar geliştikçe Bakanlar Kurulu kararıyla il ve bölge sayısı geliştirilecektir.

ATOB: Avrupa'da ve Amerika'da sağlık sigortası sistemleri yaygı. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin devamlı artması sonucu da sağlık sigorta primleri artıyor. Bizde de bu uygulamaya gidildiğinde zamanla "prim zammı" olacak mıdır acaba?

Dr. Kemal DEMİR: Tasarı, bir prim zammı öngörmemiştir. Çünkü bu tasarı daha ziyade devletin katkısına dayanan bir sigorta sistemini öngörmüştür.

ATOB: Bu sigorta sistemi hekim - hasta ilişkilerini "ticari" nitelikten kurtaracak mı?

Dr. KEMAL DEMİR: Kurtaracağı inancını taşıyoruz. Çünkü hekim - hasta ilişkilerinde, hastaya hekimin yaptığı sağlık hizmetlerinin karşılığında, ödemeyi sigorta kurumu yapacaktır, hasta herhangi bir ödeme yapmayacaktır. Bunun için, hasta elinde karnesiyle istediği doktora ve istediği sağlık kurumuna gidip muayene olma imkânına sahip olacağı için hekim - hasta ilişkilerinin daha iyi gelişeceği söylenebilir.

ATOB: Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinde hekimin, sayısı çok fazla olan hastaların muayene için 5 - 10 dakika gibi çok az bir zaman ayırabilmesi, bu hastaların dışarda ayrıca serbest hekime gidip muayene olmalarına yol açmaktadır. Genel Sağlık Sigortası gerçekleştiğinde böyle bir aksamamanın yinelenmemesini sağlayacak yeterli hekim nasıl sağlanacaktır? Yoksa bu gibi aksamalar burada da görülebilir mi?

Dr. KEMAL DEMİR: Bu kanunun, mevcut personelle ve mevcut kurumlarla kademe olarak uygulandığı takdirde uygulama olanağı bulunduğu kanaatindeyiz. Kaldı ki uygulamada sigortalı olan vatandaşlarımız ellerindeki sağlık karnesiyle hekimini seçebilecektir, tedavi olmak istediği hastaneyi seçebilecektir, böylece mevcut hekim seviyesi de daha iyi değerlendirilmiş olacaktır.

ATOB: Genel Sağlık Sigortası, Türkiye'nin sağlık sorunlarını temelden çözebilir mi?

Dr. KEMAL DEMİR: Sağlık Sigortası Kanunu, sağlıkla ilgili bir sosyal güvenlik müessesesinin kurulmasıdır. Türkiye'nin sağlık problemleri çeşitlidir. Bütün sağlık sorunlarına Genel Sağlık Sigortası'nın çözüm getirmesi elbette ki beklenmemelidir. Bu tasarı ile sağlanmak istenen, para sıkıntısına girmeden her vatandaşın tedavi güvencesini elde etmesidir.

ATOB: Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısının ne zaman meclisten çıkıp kanunlaşabileceğini düşünüyorsunuz?

Dr. KEMAL DEMİR: Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı Millet Meclisi'nde Sağlık Komisyonunda ve Sosyal İşler Komisyonunda görüşülmüş, Anayasayla ilişkisi için Anayasa Komisyonu'na gönderilmiştir. Meclis açılır açılmaz komisyon çalışmaları geliştirilmek suretiyle Genel Kurul'a indirilmeye ve genel kurullardan da geçirilmeye çalışılacaktır. Bakanlık olarak bizim görevimiz meclise sevkettiğimiz bu tasarıyı bir an önce yasalaştırmaya çalışmaktır. Hükümet de, Bakanlık da bu kanunu çıkarmaya karardır.

ATOB: Teşekkür ederim.

Dr. KEMAL DEMİR: Ben de teşekkür ederim.

SİZLERDEN GELECEK ARAŞTIRMA VE DERLEME-
LERE SAYFALARIMIZ AÇIKTIR. OLUMLU ELEŞTİRİLERİNİ-
ZİN, DERGİYİ DAHA İYİ ÇIKARMAMIZA KATKIDA BULUNA-
CAĞINA İNANIYORUZ.

ATOB'a abone olun

BİR YILLIK ABONE OLMAK İÇİN, ATOB'UN POSTA ÇEK-
LERİ MERKEZİNDEKİ 10096482 NO'LU HESABINA, PTT'YE
100 TL. YATIRMANIZ KAFİDİR.

A T O B

yazılar

Sağlık Hizmetlerimiz

"DEVLET HERKESİN BEDEN VE RUH SAĞ—
LIĞI İÇİNDE YAŞAYABİLMESİNİ VE TIBBİ
BAKIM GÖRMESİNİ SAĞLAMAKLA ÖDEVLİ—
DİR"

ANAYASA - MADDE 49

PROF DR. VELİ LÖK

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi-Travmatoloji Kürsüsü

Sağlık hizmetlerimizin yetersizliği artık herkesçe kabul edilmekte, çözüm getirmek için araştırmaya dayanan önemli fikirler ortaya atılmaktadır. Bu yetersizlik aslında sağlığın bozuk düzeninden ileri gelmektedir. Sağlığın bozuk düzeni de kendine özgü bir düzensizlik değil, genel düzen bozukluğunun bir bölümüdür. Genel düzen bozukluğunu düzeltmeye yönelik tedbirler alınmadıkça sorunların çözümü olanaksızdır.

Şimdiki durumda mutlu azınlık dışındaki halkın sağlığı rastlantıya kalmıştır. Mutlu azınlık için aslında sağlık sorunu yoktur. Milli gelirin büyük kısmını aralarında paylaşan bu azınlık, tedavisini çoğunlukla yurtdışında yaptırmakta, lütfen yurtiçinde yaptırmak isteyenler için ise en seçkin uzman ve profesörlerimiz muayenehanelerinde beklemekte, özel hastaneler de onların hizmetinde bulunmaktadır. Buna karşın, milli gelirin çok azını paylaşan büyük çoğunluk için sağlıklı kalabilmek büyük bir sorundur. Parası olmayan bu büyük kitlenin bir kısmı tedavi kurumlarına ulaşmadan telef olmakta, ulaşabilenler ise oralarda sunulan yetersiz sağlık hizmeti ile telef olmaya devam etmektedir. Yeterli sağlık hizmetine kavuşamayan, hastanelerde yatacak yatak bulamayan, çok müracaat nedeniyle baştan savma muayene edilen fakir halk sorunun özüne akıl erdirememekte, esas suçlu olan siyasi iktidarı sorumlu tutacağı yerde, olanaksızlık içinde bulunan hekimden hıncını almaktadır.

Siyasi iktidar ayrıca, hekim, hemşire ve diğer yardımcı tıp personeline yetersiz ücret vererek, onları hastadan kazanç sağlamaya zorlayarak, halkın gözünde yeteri kadar küçük düşmelerine ve horlanmalarına da sebep olmaktadır. Böylece esas suçlu olan mutlu azınlık ve onun temsilcisi olan siyasi iktidar kurnazca ortadan sıvışırken fakir halk ve sağlık personeli karşı karşıya bırakılmaktadır. Halbuki onlar sağlık hizmetlerinin mükemmelleşmesini birlikte arzu etmekte fakat bir türlü buna kavuşamamaktadırlar. Yetersiz sağlık hizmetlerinin asıl suçlusu mutlu azınlığa milli gelirin büyük kısmını verirken, sağlık bütçesine daima gülünç derecede para ayıran siyasi iktidardır. Nitekim genel bütçeden sağlık bütçesine ayrılan miktar genel bütçenin % 4'ü gibi çok düşük bir seviyede bulunmaktadır. Halbuki diğer ülkelerin durumuna bir göz atarsak, az gelişmiş ve gelişmiş ülkeler arasında bizden aşağı bir sağlık bütçesi oranına rastlamayız. Şöyle ki:

	Genel bütçeden sağlık bütçesine ayrılan oran
İsveç	% 20,4
Suriye	% 17
Seylan	% 15,5
İsrail	% 7
Cezayir	% 9
Türkiye	% 4

Bu durum Anayasanın devlete yüklediği ödevle çelişmektedir. Çünkü hizmetlerin bütçe olanakları ile orantılı olarak yürüyebileceği çok açıktır. Bu yetersiz bütçe ile sağlık hizmetlerinin nüfus artışına uygun olarak gelişme hızı kazanması mümkün olmamakta, artan nüfusla birlikte halkın yakınmaları da çoğalmaktadır.

Nüfus artış oranı ile sağlık hizmetlerinin artış oranı karşılaştırıldığında, nüfus % 3 oranında arttığı halde gerçek ihtiyaca göre hasta yatağı % 1,4, hekim % 1 oranında artmakta, sağlık hizmetlerinin artışı nüfusun artışına yetişememektedir. Bu durum, halkın sağlık hizmetlerinden her geçen yıl artan şikayetini ortaya çıkarmaktadır. Bu açmazın çaresi, sağlık bütçesinin genel bütçe içinde oranını arttırmanın yanında, sağlık sisteminin değiştirilmesiyle bulunabilir.

Sağlık hizmetlerinin bu bozuk düzenini düzeltmek için bazıları genel sağlık sigortası kurulmasını tavsiye ederken, bazıları sağlık hizmetlerinin yurt çapında sosyalle edilmesini tavsiye etmektedirler. Sosyalist ülkelerin sağlık sorunlarını tam bir sosyalizasyonla hallettikleri ve sık olarak örnek gösterilen İngiltere'nin önce sağlık sigortası uygularken bunu terkedip sağlık hizmetlerini sosyalle ederek sorunu çözümlendiği, yurttaşlarımızın çoğunun sigorta ödeyemeyecek kadar fakir olduğu ve bunların da sigorta pirim yükünün devlete kalacağı gözönüne alınarak, bütçe olanakları arttırılmak şartıyla yurt çapına yayılmış bir sosyalizasyonla halkın sağlık sorununun çözümlenebileceğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

- 1 - Prof.Dr. Nusret Fişek, Türkiyede Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları, 21. Milli Türk Tıp Kongresi, 1970
- 2 - Doç. Dr. Rahmi Dirican, Türkiyede Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesine Genel Bir Bakış, 21. Milli Türk Tıp Kongresi, 1970
- 3 - Dr. Erdal Atabek, Sağlığın Bozuk Düzeni, Cumhuriyet Gazetesi, 16.9.1970
- 4 - Dr. Erdal Atabek, Sağlık Hizmetlerinden Halkın ve Hekimlerin Bekledikleri, 21. Milli Türk Tıp Kongresi, 1970
- 5 - Dr. Erdal Atabek, Sağlık Bütçesi, Cumhuriyet Gazetesi, 25.2.1967
- 6 - Dr. Erdal Atabek, Sağlık Hizmetlerinde Gelişme Hızı, Cumhuriyet Gazetesi, 3.12.1966
- 7 - Dr. Erdal Atabek, Milli Beslenme Planı, Cumhuriyet Gazetesi, 30.3.1970
- 8 - Prof. Dr. Yusuf Keçecioğlu, Sağlık Sorunumuz ve Çözüm Yolu, Cumhuriyet Gazetesi, 28.5.1970

İşçi sağlığı

DR. ŞÜKRÜ GÜNER

GİRİŞ:

Şurası açıktır ki işçi sağlığı sorunu, halkımızın tüm sağlık sorunlarından soyutlanamaz. Fakat; ülkemizde, gelir dağılımından en düşük payı alan, satacağı kol gücünden başka geliri bulunmayan, buna karşılık ülke ekonomisine en çok emeği geçen bu sınıfın, kendi koşulları içinde sağlıklı yaşamının özellikler göstermesi konuyu ayrı olarak almamıza sebep oldu. Şüphesiz üzerinde duracağımız noktalar, tüm halkımızın sağlık sorunları için de geçerli olacaktır.

Ülkemizdeki hakim üretim ilişkileri kapitalist üretim ilişkileridir. Bu ilişkiler örneğin, Batı Avrupa ülkelerindeki gibi düzenli, gelişmiş, sağlıklı bir kapitalist üretim ilişkileri değildir. Dışa bağımlılığı, emeğin düşük ücreti, ağır sanayinin olmaması gibi özellikler gösteren gelişmemiş, geliştirilmemiş bir kapitalizmdir. Üretim, dış pazarlarda rekabete girilemeyecek derecede cılız ve yetersizdir. Kapitalist; iç pazarlarda, emeğin gerçek değerinin verilmemesi, enflasyon, spekülasyon hareketleri ile ve araçların elinde istediği gibi fiat ayarlaması yaparak kârını düzenler. Kabaca, değindiğimiz bu üretim düzeninde, en büyük güç işçi sınıfıdır. İşçi, üretim araçları sahibinin (işverenin, kapitalistin) yanında çalışarak iş gücünü satmak zorundadır. Yaşamının sürmesi için başka çıkar yolu yoktur. Buna karşılık üretimin sürmesi için emek zorunlu öğedir; kapitalist işçiye muhtaçtır. Bu karşılıklı ilişki içinde kapitalistin, iş gücünü satın aldığı işçiye karşı bazı sorumlulukları vardır. İşçi sağlığının korunması işte bu sorumlulukların başında gelir.

İşçi sağlığı sorununa bakış açımızı açıklarken mevcut düzendeki işçi sağlığı uygulamalarına da yer vereceğiz. Olması gerekenle, mevcut olanı karşılaştırsak, mevcut düzen için işçi sağlığının ne denli önemsiz olduğu kolayca gözlerimizin önünde sergilenecektir.

İŞÇİ SAĞLIĞI KAVRAMI:

Bugün uygulandığı gibi bu kavram dar boyutları ile ele alınamaz. İşçi ve ailesini yalnız hastalandıktan sonra ele alan sağlık anlayışı ve örgütlenmesi sağlık sorununa çözüm getiremez. Hasta/işçi oranı, sakat/işçi oranını yükseltir.

Türkiye'de bir saat içinde 755 iş kazası oluyor. Her saat başı bir işçi sakat kalıyor. Günde en az bir işçi, iş kazasında ölüyor. 1974 yılında yalnız altı iş kolunda 108.655 iş kazası oldu. Binlerce işçi yaralandı. 693 kişi öldü *. Sigorta hastahaneleri hergün işçi ve aileleri ile dolup taşmaktadır. Bütün bu sonuçlar sağlık anlayışımızdaki yanlışlıktan, örgütlenmedeki eksiklikten doğmaktadır.

O halde; işçinin sağlık düzeyini yükseltecek, iş verimini arttıracak, işçi sağlığı kavramının niteliğini belirten tanımı şöyle yapabiliriz:

A) İşçinin ve ailesinin normal yaşamını ve sağlığını sürdürecektir düzeyde ücret almasını sağlamak,

B) Tüm çevresi ile bir bütün olarak ele alınarak:

- 1 - İşçinin çalışma güvenliğini (iş kazalarını önleme tedbirleri, sendikal özgürlükler, işten çıkarılmama vs.) sağlayarak, sağlıklı yaşamını ve iş gücünün artmasını temin etmek;
- 2- İşyeri sağlık koşullarını (temizlik, beslenme, soyunma, dinlenme odaları vs) düzenlemek,
- 3- İşyerinde hastalıklardan koruyucu tedbirleri (Periyodik muayene, aşılama vs.) alarak sağlığın sürmesini ve iş gücünün artmasını sağlamak.

C) İşçi ailesi ve yakınlarının;

- 1 - Hastalıklardan korunması
- 2 - Hastalandıklarında erken teşhis ve tedavi olanağı
- 3 - Hastalık sonrası rehabilitasyon çalışmaları görevini üstlenmek,

D) İşçiye sağlık eğitimi vermek,

E) Bunlara rağmen doğacak olan;

- 1 - İş kazaları
- 2 - Meslek hastalıkları
- 3 - Ve diğer hastalıkların erken teşhis ve tedavisini yapabilecek şekilde örgütlenmek;

F) Hastalık sonrası oluşan herhangi bir sakatlık ve hastalık durumuna göre işçiyi en yüksek verimlilik (verimlilik) düzeyi ile sosyal ekonomiye geri vermek...

İşte işçi sağlığı denince anlaşılması gerekli olan budur.

Bu anlayış uzmanlaşmış bir kadro çalışmasının eseri olacaktır. İşçi sağlığı için örgütlenmede tek unsur doktor ve sağlık personeli değildir, olmamalıdır. Bu sahada yetiştirilmiş ve uzmanlaşmış kadrolara gereksinim vardır. İş güvenliği teknisyenleri, sosyal hizmet uzmanları, çevre sağlığı uzmanları, psikologlar işçi sağlığı sorununun çözülmesinde katkıda bulunacak uzmanlaşmış kadrolardır.

Bütün bu kadroların görevi işçinin sağlığının sürekliliğini sağlamak ve sağlığına zarar verecek etkenleri asgariye indirme çalışmalarınıdır. Bütün bu tedbirlere rağmen doğabilecek hastalık ve hastalık sonrası durumlar için görev yapabilecek hastahanelere gereksinim vardır. Bu hastahaneler; çalışma sisteminde köklü değişiklikler yapıldığı ve örgütlenme eksiklikleri giderildiği takdirde SSK hastaneleri olabilir **

İŞVERENİN (KAPİTALİSTİN) YASALAR KARŞISINDA İŞÇİ SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ SORUMLULUKLARI:

24 Nisan 1930 da çıkan 1593 sayılı Genel Hıfzıssıhha Kanununun 180. maddesine göre:

"Devamlı olarak en az 50 işçi çalıştıran bütün iş sahipleri, işçinin sıhhi durumuna bakmak üzere bir veya müteaddit tabibin sıhhi murakabesini temine ve hastalıkları tedaviye mecburdur."

3 Mart 1970 tarih 13 435 sayılı resmi gazetede yayınlanan "işçi sağlığı ve iş güvenliliği tüzüğü"nün 90. maddesine göre:

"İşverenler işin niteliğine, özelliğine, çeşidine ve çalıştırdığı işçi sayısına, hekim ve sağlık tesisleri ile olan ilişkilerine göre zamanında gerekli tedbirleri almak amacıyla aşağıda belirtilen sıhhi tesisat ile ilk yardım ve tedavi levazımını işyerinde bulundurmakla yükümlüdürler..."

11 Ocak 1975 tarih 14 765 sayılı resmi gazetede yayınlanan "işçi sağlığı ve güvenliliği tüzüğü"nün 91. maddesine göre:

"Sürekli olarak en az 50 işçi çalıştıran iş yerlerinde SSK'ca sağlanan tedavi hizmetlerinin dışında kalan işçilerin sağlık durumlarının denetlenmesi, ilk yardım, acil tedavi ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere, İşveren Genel Hıfzısıhha Kanununun 180. ve SSK Kanununun 114. maddeleri gereğince, iş yerindeki işçi sayısına ve işteki tehlikenin büyüklüğüne göre bir ya da daha fazla hekim sağlayacaktır.

Gerçek işçi sağlığı koşulları için yetersiz ve değişik yorumlara her zaman açık bu maddeler uygulama alanında başarısız kalmış ve genellikle de uygulanmamıştır. Bu arada Tabipler Birliğinin denetleme görevinde yetersiz kaldığı gerçeğini de söylemeden geçemeyiz.

* TÖB—DER Dergisi, sayı 105

* * SSK Hastahanelerinde örgütlenme ve çalışma sorunları ileride incelenecektir.

Not: İş ve işçi sağlığı konusunda ayrıntılı olarak ön çalışmalarına başladığımız geniş inceleme dizisi gelecek sayıdan itibaren yayınlanmağa başlayacaktır.

Tıp aktöresi ve hekimlik görevleri tüzüğü

DR. YAMAN ÖRS

Ege Tıp Fakültesi'nin Tıp Tarihi Bölümü'nün kitaplığı bir zamanlar, neredeyse tümüyle, çeşitli romanlardan, öteki yazın türlerinin örneklerinden tutun da broşürler, almanaklar, yıllıklar, coğrafya vb. yapıtlarına, gazetelere dek türlü yayınlardan oluşurdu; bunların arasında da tıp geçmişi ile ilgili olabilecek az sayıda yayın bulunurdu. Belki de büyük çoğunluğu bağıştı onların; bağışları yapan hekimler ya da başkaları, görünüşe göre işlerine pek yararlanacaklarını düşündükleri çeşitli yayınları buraya göndermişlerdi. Nereye verilebilirdi bunlar? *Bilimsel* tıp dallarından hiç birine uygun görülmeyen, ama bir bağış ya da armağan olarak verilmek istenen yayınlar bir tıp okulunun olsa olsa tıp tarihi bölümüne gidebilirdi.

HANGİSİ KİMİN İŞİ?

Ülkemizde tıp tarihi dalının ve tıp okullarındaki ilgili bölümlerin adlarına "deontoloji" sözcüğünün eklenmesi de sanırım yukarıdakine benzer bir düşüncünün sonucu olmuştur. Böylece, *tıp tarihi ve deontoloji* adlı bir tıp dalı ile bu adı taşıyan *kürsüler* çıkmıştır ortaya.

Eklenen sözcüğün Türkçe olmayışı bir yana. Yunanca *deonta*, "yapılması gereken şeyleri" anlatır¹. Öyleyse bu sözcükten hekimlerin uğraşları içinde "yerine getirmeleri gereken şeyler bilgisini" anlamalıyız. Daha açık bir anlatımla onların görev kurallarının belirlendiği alanı düşünmeliyiz.

Bu kuralların arasında en başta onun hastasına tutumuyla ilgili olanlar var; en geniş anlamda ona karşı davranışı. Öz olarak bu konu, hekim-hasta ilişkisinin özellikle aktöre (ahlâk) yönüyle ilgilidir². Bunun yanında bir de, sözcüğün anlamı içine giren, uğraş içi, hekimlerarası davranışlar, bunların belli kurallara uyması var¹.

Temelde bu gibi noktaları kapsayan "hekimin (aktöre açısından) görevleri ve davranışları" konusu, biçimci bir anlayışla tıp eğitiminin son yılına konmuş, ele alınacağı yer olarak da geleneksel yetke ("otorite") anlayışının simgesi olan tıp tarihi bölümleri seçilmiştir.

Yazanın bildiği ölçüde, konunun bu bölümlerin öğretim üyelerince öğrenciye aktarılması, birtakım aktöre öğütlerinin söylenmesiyle birlikte hekimler ve dış hekimleri için hazırlanmış "tıbbi deontoloji nizamnamesi'nin" okunması ve yorumlanmasıyla yerine getirilir. Bırakın genel olarak aktöre konusunun ya da tıp aktöresinin tartışılmasını, tüzükte geçen kuralların altında yatan ilkelerden söz açılması, bunlara değişik açılardan bakılması düşünülmez. Ne de konunun tıp geçmişi içindeki yerinden söz edilir. Böylelikle ilgili noktalar desteksiz, havada kalır, öğrenciyi ne düşündürür ne de gerçekten *bilgili* kılar. O olsa olsa eskimiş öğüt verme yöntemi karşısında gülümser, bir takım maddelerin sayılmasından da

sıkılır. Başka ülkelerdeki tıp okullarının tıp tarihi bölümlerinde benzeri biçimci bir anlayışla böyle bir konuya yer veriliyor mu, araştırmaya değebilir.

Öğrenciye yasa ve tüzükler karşısındaki yükümlülükleri, sorumlulukları anlatılacaksa, bu, bir tıp tarihi bölümünün ya da genellikle bir tıp okulunun değil, örneğin Sağlık Bakanlığı, tabip odaları gibi daha biçimsel kurumların işi olmalıdır.

Gençlere aktöreden söz edilmesindeki amaç çağa uygun olumlu değerler doğrultusunda bir davranış sağlanmasına katkıda bulunmak ise, hekimlik alanında bunu öğretim üyeleri, özellikle hastanın tümüne sorumlu olan *klirik* dalların öğretmenleri gerçekleştirebilirler. Sözden çok da davranışla.

TIP AKTÖRESİ

En eski çağlardan beri gelişmesi³ nasıl olmuşsa olsun, tıp aktöresi değişen koşullara göre ve birden çok etkenin sonucu değişiklik göstermiştir⁴. Örneğin ünlü Hipokrat andını⁵ ele alalım. Nasıl hekim-hasta ilişkisi Hipokrat çağını da içine alan eski toplumlarda birincinin aşırı yetkesine dayanıyor idiyse⁶, onun adıyla anılan andda da gençlerin yaşlı kuşağa bağlılık göstermesinin en başta gelen bir koşul olması yansımıştır. Çünkü söz konusu toplumlar, temelde yaşlı erkeğin sözünün geçerli olduğu ataerkil uygarlıklardı. Bu yönden andın büyük etkisini Batı toplumunda olduğu ölçüde ülkemizde de buluyor, belli başlı tıp okullarının birbirinin özdeşi olan *bitiriş andlarında* onu açıkça görüyoruz: "Hocalarıma karşı layık oldukları hürmet ve minnettarlığı muhafaza edeceğim."⁷

Bekleneceği gibi Hipokrat andının etkisi toplumuna göre değişmiştir. Örneğin ondokuzuncu yüzyılın başında İngiltere'de geçerli olan biçimi Hristiyan anlayışına uydurulmuştu⁸⁽²¹⁶⁻¹⁷⁾.

Neden *tıp aktöresi* denen bir konu var? Konu birimleri gene insan olan öteki bilim alanlarında, örneğin insanbilim ("antropoloji"), dirimbilim ("biyoloji"), iktisat vb.'nde böyle bir konu bulunmuyor. Çünkü bunlarda insan toplu olarak, çok sayıda insanlar olarak ele alınır. Tıpta ise, tedavi hekimliğinde olduğu ölçüde koruyucu hekimlikte ve toplum hekimliğinde de son çözümlemede somut insan durumları söz konusudur. Onun için de bir hekim-hasta ilişkisi, bir aktöresi vardır².

Ancak tıp aktöresi, hekimin hastası karşısındaki sorumluluğunun yanında, genellikle de ondan çok, uğraş içi, hekimlerarası ilişkilerin düzenlenmesi, kurallara bağlanması olarak anlaşılmıştır^{8(1-2),9}. Bunda, toplumun yukarda sözünü ettiğim ataerkil niteliğinin yanında iktisadi yapısının doğal olarak büyük payı vardır.

Gerek bu noktalar gerekse genel aktöre ilkeleri göz önüne alınarak düşünüldüğünde, söz konusu başlıca iki aktöre (felsefe değil!) anlayışının ışığı altında görmemiz gerekir. *Ülkücülükte* bir bütün olarak insanlığın çıkarları önde gelir, *hazcılıkta* ağırlık verilen tek tek kişilerin çıkarlarıdır. İkincisi genellikle kişisel tadıma, birincisi toplumun gelişmesine yönelmiştir⁸⁽³⁾.

Buna göre tıp aktöresinde hazcı bir anlayış temelde uğraş içindekilerin çıkarlarının korunmasına, ülkücü anlayış ise tersine en önde sayrı (hasta) kişilerin, dolayısıyla toplumun düşünülmesine yöneliktir. Uğraşlardaki davranış kuralları açısından tıp ayrı bir özellik gösterir, çünkü günlük uygulamalarında hekimler ya toplumun ya da kendilerinin çıkarlarına hizmet etmek durumuyla sık olarak karşı karşıya gelebilirler⁸⁽³⁻⁴⁾.

Ülkücülükle hazcılık arasındaki bu çatışmanın tartışılmasını tıp aktöresi düşüncelerinde genellikle bulamıyoruz; bilinen aktöre kuramlarından biriyle tutarlılık gösterecek bir hekimlik davranışları anlayışı da geliştirilmemiştir. En önemlisi, uğraş içi davranış kurallarıyla onun temel aktöresel sorunları arasında kesin bir ayırımın yapılmamış olmasıdır⁸⁽³⁷⁾.

Genellikle ya da büyük ölçüde uğraş içi davranışların anlaşıldığı tıp aktöresi konusunda ödeme sorunu önemli yer tutar⁴. Hekimin hizmeti karşılığı kendisine ödenme biçimi, ölçümlerin (yalancı hekimlerin) etkinlik göstermelerinin önlenmesi gibi sorunları içeren, örneğin bugünkü hekimlik tüzüklerinin karşılığı olarak kabul edilebilecek (bilinen) ilk düzenlemenin 4000 yılı aşan bir zaman önce Hamurabi yasalarında yer aldığını görüyoruz⁸⁽¹¹⁾. Öteki büyük toplumlarda da tıp uygulamasının sorunlarını düzenleyen yasalar ya da kurallar topluluğu ortaya çıkmıştır⁸⁽¹¹⁻²¹⁾.

Batı dünyasında Elen tıbbının geniş kapsamlı aktöre ilkelerinden günümüzün karışık aktöre kurallarına geçiş, doğada yasa ve düzenin öneminin genellikle anlaşıldığı onsekizinci yüzyılda doruğuna varmıştı⁸⁽²³⁻²⁴⁾.

Bugün ise, öz olarak *yanlış karşı doğru olanın seçimi* olarak tanımlayabileceğimiz aktöre konusunda bize yol gösterecek bilimsel alanlar, bunların başında davranış bilimleri denenler var. Bilimsel verilerin ışık tutacağı uscu (akılcı) aktöre bize yol gösterebilir¹⁰.

Buraya dek tıp aktöresi derken alanın hep uygulama yönündeki ilişkileri anlatmak istermiş gibi, daha doğrusu, geleneksel anlayışın etkisi altında, aktörenin yalnız tıp uygulamasında söz konusu olduğunu düşünür gibi göründüm. Oysa konumuz tıbbın ikinci bir temel yönü olan araştırıcılığı da çok yakından ilgilendiriyor. İlginç olarak burada aktöre tıbbın sınırlarının dışına çıkıyor, insanla ilgili öteki alanların sınırları içine giriyor. Örneğin toplumbilim (ruhbilim, ruh hekimliği) araştırmalarında deneklerin bilgileri olmadan gözlenmeleri⁹, dirimbilimde deney hayvanlarının acı duyması gibi çok önemli aktöre sorunları var.

Sonuncu konu bugün de çok büyük ölçüde boşlanmış durumdadır. Oysa tıp aktöresi gerek genel aktöre ilkelerine bağlı olduğundan gerekse tıp araştırıcılığında hayvanlar kullanıldığına göre, tüm canlılığa yönelmiş olmalıdır, yalnız insanlara değil.

Dirimbilim ve tıp araştırmalarında deney hayvanları olmadan yapamayacağımız söylenebilir. "Ancak onları kullanırken kendimize şu yaşamsal (hayati) soruları sormalıyız: (a) Hayvan, önümüzdeki sorun için en uygun deney yolu mudur? (b) Hayvanın deney sırasında her hangi bir zamanda uyanık olması gerekiyor mu? (c) Deneyin neden olduğu ağrı ya da sıkıntı azaltılabilir ya da ortadan kaldırılabiliyor mu? (d) Kullanılan hayvanların sayısı azaltılabilir mi? (e) Gerçekte de sorun çözmeye değer mi?"¹¹

Ne yazık ki bu gibi sorular araştırmacıların az bir bölümünce sorulmaktadır. Onları bu bakımdan bağlayacak yasalar ya da tüzükler de gereğince geliştirilmiş değildir. Onun için küçük deney hayvanlarının başlarının büyük bir hızla mermer masalara vurularak öldürüldüğünü ("çok az kan çıkıyor!") görebilirsiniz. (Araştırmacı bunu gözlememiş olabilir, ama gerçekte işlerden tümüyle sorumlu olan kendisi değil midir?) Bir tıp dergisinde de, acınacak, yardım ister gibi bir anlatımla size bakarken gözüne iğneler sokulan bir maymunun resimlerini¹² gözleyebilirsiniz.

Yukarıdaki soruları ortaya atan yazar, "Tüm deney hayvanlarının deney sonunda öldüğü kabul edilebilir; gerekli bir neden olmadan hayvanları öldürmek ise yaşama karşı işlenmiş bir suçtur" diyor¹¹, çok yerinde olarak.

Buna karşılık, görünüşe göre dirimbilimci olan, yaşamı anlamaya yönelmiş, kendisinden en başta onun değerini bilmesini bekleyeceğiniz bir yazar için ise, hayvanlar yalnızca *öteki organizmalardır*, ancak insanlara olan çeşitli yararları açısından düşünülmelidirler ve onların bizim aktöre düşüncemiz içinde öncelikle bir yerleri yoktur!¹³ Yazısında söylediklerinin özüne uygun, soğuk bir anlatım, kuru bir mantık kullanan yazarın ileri ölçüde insan merkezli, *türcülük* diyebileceğimiz ve insan türü içindeki ırkçılığa benzetebileceğimiz bir düşüncedir.

Öte yandan deney amacıyla insanların kullanılması var. Batlamyoslar zamanının tıp geçmişinde yeri olan İskenderiye'sinde tutuklular üzerinde uyuşturmaya baş vurmadan deneyler yapılmış olduğu söylenir. Bunun çağımızdaki korkunç karşılığı olarak Hitler'in hekimlerinin tıp deneyleri adı altında yürüttükleri işkenceler¹⁴, ya da zenciler üzerinde yapılan ve bilinen tedavisi *bilimsel amaçla* uygulanmayan frengi *gözlemleri*¹⁵ var. Bunlardan birinciler, insan ve hayvan deneyleri konusunun birtakım tüzüklere alınmasının nedeni olmuştur³.

"MEMLEKETİN HOCASI"

"Ben memleketin hocasıyım" diyordu ünlü bir tıp öğretim üyesi. Uzak olmayan bir geçmişte, yüksek öğrenim kuruluşlarında, bu arada tıp okullarında öğretim üyelerinin tüm gün çalışmaları gerektiği düşüncesi belki ilk kez ileri sürüldüğünde, pek yaşlı da olmayan bu öğretim üyesi bir gazete yazısıyla öneriye karşı duyduğu tepkiyi dile getiriyordu. "Ben muayenehanemi nasıl kapatırım?"

Ege Tıp Fakültesi'nin bir zamanlar kullanılan telefon kılavuzunun düzeni de yukarıdaki gibi bir *tıp özgür uğraştır* anlayışını çok iyi yansıtıyordu. Sayfanın solundaki dış telefonlardan önce *muayenehane* sonra *klinik* numaraları yazılmıştır. İşin daha ilginç yönü birincilerin ikincilere göre çok daha kolay göze çarpacak biçimde koyu basılmış olmasıydı. (Sonradan *muayenehane telefon numaraları* kişi adlarıyla birlikte kılavuzdan kaldırılmıştır.) Bunun altında yatan düşünce açık olarak "önce *özel* sonra *resmi* iş yeri gelir" anlayışındır.

En aşağı beş bin yıldan beri hekim insanların sayrılanmasından (hastalanmasından) çıkar sağlamış, başlıca sayrı olan kişiyle ilgilenmiş¹⁷, bunun karşılığında da para almıştır¹⁸(59-60). Şimdi birtakım sayrılıkları tümüyle ortadan kaldırma savaşında, genellikle de koruyucu hekimlikte elde edilen başarılar, sık görülen sayrılıkların denetim altına alınması, *muayenehane hekimliğinin* karşısına çıkmıştır¹⁷. Bu, kişisel ve toplumsal çıkarlara dönük aktöre anlayışları arasındaki çatışma demektir⁸(9,44-45).

Bireysel özgürlükleri savunmak çok yerinde bir davranış; bir uğraşın uygulanmasında devlet yazçizciliğinin işlere gereğinden çok karışmasına karşı çıkmak da¹⁹(53-57) öyle. Ama yüksek denen öğrenimi gerektiren birtakım uğraşları sayıp tıbbın da bunlarla birlikte devlet denetimi altına girmemesi gereken bir özgür uğraş olduğunu ileri sürmek¹⁹(53-57), tıpta alışlagelmiş ve yetkeye yapıcı olmayan bir karşı çıkmanın ya da altında çıkarıcılık yatan bir anlayışın ürünüdür. Devlet yetkesine karşı gösterilen tepki¹⁹(53-57), tutucu yazçizcilerin devletin elinde olmasını istedikleri denetimi uğraş içindekiler örgütlenerek büyük ölçüde yüklenedikleri zaman yerinde, ama neredeyse sorumsuz bir özel girişimin savunulması yönünde geliştiği zaman yanlıştır.

Tıp eğitiminin amaçları arasında tıp aktöresi ilkeleri gibi bilim ve uygulamanın dışındaki konular da bulunmalıdır²⁰. Ünlü hekim değil gerçek bilgin yetiştirmek için, tıp yazınımızı (edebiyatımızı) az bulunan vakalar derlemesi yapacak olanlar değil bilimsel araştırmalarla zenginleştirecek olanlar ve bilgili, para canlısı olmayan, saygıdeğer kişiler olan hekimler²¹ yetiştirmek için, hekimliğin nasıl bir uğraş olduğunun da tartışılması gerekecektir²²(208).

Bu söylediklerimle, *serbest* çalışan doktorların resmi kuruluşlara tümüyle bağlı olanlara göre uğraşın aktöre değerleriyle ilgili yönlerini, gerekliliklerini, kural ya da kaçınılmaz olarak daha kötü yerine getiriyorlar demek istemiyorum. Gerek geçmişte gerek bugün, özgür uğraşın bulunduğu her yerde, bilim ve uygulama yönünden olduğu ölçüde davranış yönünden de olumlu nitelikleriyle tanınmış pek çok hekim bu yolla para kazanmıştır, kazanmaktadır. En ülkücü düşünceleri ileri sürenler arasında da aktöre yönünden çok gerilerde kalmışlar bulunabilir. Buradaki tartışmamız ilkeler, düşünceler üzerindedir, tek tek kişiler üzerinde değil.

Zaman zaman, resmi sağlık kuruluşlarında, bu arada tıp okullarında, hastalara gerekli bakımın, yakın ilginin gösterilmediği, bu yönden özel yerlerin daha üstün olduğu söylenir. *Böcekli, farelidir* birinciler. Ancak bu savlar doğru olsa bile, onları ileri sürenler düşünmelidirler ki buraların kötü yanlarının sorumluları, ötekilerdeki iyi yanları sağlayanlar, öğretim üyeleriyle öteki hekim yöneticilerdir. Görünüşte hastaları (gene de eksik bir biçimde) *fizyolojik* varlıklar olarak düşünen, aşırı ölçüde özel girişim savunucusu birtakım hekimler gerçekte onları yataklara konmuş para yığınları olarak görüyor olmalıdır.

Oysa hastayı bir vaka olarak bile değil, bir insan olarak görmelidir hekim²³. Konunun aktöre yönü bir yana, *psikosomatik* görüşümüze uygun olarak bu yaklaşım tedaviden beklenen olumlu sonuç için de çok önemli bir etkidir^{24,25}(122).

Bir ruh hekiminin konumuzla ilgili düşünceleri ilginçtir. Birtakım hekimlerin kendilerine tanıdıkları neredeyse sorumsuz bir özgürlüğe karşıdır o. "Bütün hekimlerin çalışmaları denetlenmeli." Özel olarak çalışan hekim en az denetleniyor. "Herkes hesap vermeli. Hiç değilse sucuk imalatçısı kadar denetlenmeliyiz!"²⁶.

Burada eklenmelidir ki aşırı *serbest hekimlik* yandaşı, bunun savunucusu olanların savlarının tersine, son çözümlemede hekimle hasta arasına hiç bir denetim giremez. Bu, her tür hekimlik için böyledir.

Özellikle bugünkü toplumsal gelişmelere tümüyle ters düşen, "tıp uğraşı özel girişimciliktir, muayenehane hekimliğidir" gibi bir düşüncenin hekimlik görevleri tüzüğüne büyük ölçüde yansıdığını görüyoruz. Sekizinci maddenin girişinde, "Tabiplik ve diş tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine ticari bir veçhe verilemez" denmesine karşın, tüzüğün hastalarla ilişkileri kapsayan en uzun bölümünde sık olarak, (özel) *konsültasyonlarla, asgari, maktu, götürü vb. ücretlerle ilgili kural ve öğütlerden söz açıldığını, uğraşın bir ticaret etkinliği olarak ele alındığını* gösteren anlatımlara yer yer büyük ağırlık verildiğini görüyoruz²⁷.

Yirmi altıncı maddede, "... Konsültasyon neticesi, ayrıca en yaşlı tabip veya diş tabibi tarafından hastaya bildirilir. ..." deniyor²⁷. Onun altında, bir önceki bölümde değindiğim ataerkil anlayışın yattığı açık olmalı. Buna göre hekimin görevleri bilgisi, toplumdaki işbölümünün sonucu olarak yüklendiği sorumluluklardan çok hekimler arasındaki ilişkileri, daha doğrusu (tıp öğrencileri ve) genç hekimlerin uğraşda yaşça önde olanlara, özellikle *hocalarına*, genellikle de *büyüklerine* karşı davranışlarının ne olması gerektiğini kapsıyor. İki yüzyıla yakın bir zaman önce İngiltere'de *konsültasyonlarda* önce en genç hekimin düşüncesini söylemesi, bunun yaş sırasıyla gitmesi bekleniyordu^{4,8(81)}; yakın zamanlara dek öteki hekimlerden aşağı durumda olan cerrahlardan ise, gene yaş sırasıyla, ilk önce konuşmaları isteniyordu⁴.

Hekimlikteki geleneksel özel girişimcilik anlayışıyla ataerkillik arasında önemli bir bağının olduğunu söyleyebiliriz. Bunu Hipokrat'la anılan andda da görebiliyoruz. İlk giriş sözlerinden sonra orada ele alınan konu, (genç) hekimin

hocasına ve onun oğullarına göstereceği ilgidir. Bu sonunculara, isterlerse, babalarının kendisine öğrettiklerini karşılıksız olarak aktarmakla yükümlüdür o. Onlarla birlikte kendi oğulları ve tıp yasasına göre izleyebilecek olanların dışında da kimseye öğretemez tıp bilgisini⁵. Burada temelde, yaşlı hekimler, onların oğulları ve (doğal olarak erkek öğrencilerinden oluşan kapalı bir çevrenin yer aldığını, tıbbi öğrenme ve uygulama olanağının bu çevrenin içindekilerin elinde bulunduğunu görüyoruz: *Yaşlılık, erkeklik, para* bir aradadır. Öz olarak, ataerkillik ekonomi ile bağlantılıdır.

Tıp öğrencilerine boş öğütlerde bulunmak ya da yanlış olarak hekimleri ortak bir davranış çevresinde birleştirdikler düşünülen anlamsız bitiriş andları içirmek yerine konuyu onlarla uscu bir yaklaşımda tartışmak¹⁰ ve onlara olumlu anlamda örnek olmak gerekir. Yaşlı kuşaktan, tıp öğretim üyesinden, araştırmacılarından çağımızın gençlerinin ve toplumun beklediği bu olsa gerek.

TÜZÜK: ÖZE UYGUN DİL

Görevler tüzüğü'nün çağcıl gelişmelere göre eleştirilecek temel noktaları bunlarla bitmiyor. Ancak biz böyle bir işi son bölüme bırakarak şimdi onu özüyle doğal olarak yakından ilişkili bulunan dili yönünden tartışalım.

Bugünküler gibi İngilizcenin değil de Fransızcanın büyük etkisinde kalmış yaşlı arasında *deontologie medicale* diye bilinir bizim konumuz. Kim bilir nasıl etkili oluyordur bu *deyim!* .

Tüzüğü'nin dili temelde, özünün eskiliğine de bağlı olarak, arada Fransızca sözcüklerle karışmış ve yasalardan çok iyi tanıdığımız Osmanlıca türe (hukuk) dilidir²⁸. Şu sözcükler bu konuda yeterince aydınlatıcı olacaktır: bakiye, ehemmiyet, fuzuli, gaye, hususi, istihdaf, kaide, kafi, mahal, maksat, maktu, mesuliyet, mucibince, muhit, mukabilinde, mücbir, müessese, mükellef, münakaşa, münasebet, müşavere, mütehasıs, netice, nizamname, riayet, sıhhi, tebabet, tavassut, tecrübe, tevhit, usul, zaruri vb.

Kim bunların öz Türkçe karşılıklarını *aşırı* bulabilir: artan, kalan; önem; yersiz, gereksiz; amaç; özel; amaçlama; kural; yeter; yer; amaç; kesin; sorumluluk; gereğince; çevre; karşılığında; zorlayıcı; kuruluş, kurum; yükümlü, tartışma; ilişki; danışma; uzman; sonuç; tüzük; uyma; sağlık(lı); (tıp); aracılık; deney, deneme; doğurma; yol; yöntem; zorunlu?

"Madde 22 - Ananın hayatını kurtarmak için yegâne çare teşkil ettiği takdirde, avortman yapılması caizdir. ...hastalığın taalluk ettiği tıp şubesinde mütehasıs iki tabibin ... Raporun tasdik şerhinde, avortmanın yapıldığı tarih ve mahal gösterilir. ... tabip re'sen hareket eder ve keyfiyeti..."

1960 yılında yayınlanan son tüzük²⁷ on yıl sonra "Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyince" günün koşullarına ve tıptaki son gelişmelere uyacak biçimde değiştirilmek isteniyordu. Bu amaçla belli başlı tıp kuruluşlarına onlardan öneriler isteyen bir yazı gönderilmişti²⁹. Bu konuda bir dekanın kendisine baş vurduğunu yazar da önerileri arasında dile özel bir önem vermişti. Şimdilik onun ne özü ne de dili yönünden yenileştirme çalışmaları söz konusu olmasa gerek.

KAÇINILMAZ DEĞİŞİKLİK GEREĞİ

Girişimin yarıda kalması bizi şaşırtmamalıdır; daha başlangıçtan, köktenci bir anlayıştan uzak yapılmıştır bu. İşte "Konsey'in" kendi önerisi (ve bunun dili): "Aynı çalışma bölgesinde bulundukları takdirde bir uzman kendi branşı dışındaki hastalığa musap bir şahsın muayene ve tedavisinin tercihen ilgili dal uzmanı tarafından yapılmasını sağlamaya çalışır. Aynı yerde ilgili branşın uzmanının bulunmaması halinde ve acil vakalarda bu hüküm geçerli değildir."^{29b}

Hepsi bu. Girişimde bulunan kurumca, tüzükte günümüzün koşullarına, tıptaki son gelişmelere uygun olarak yapılması düşünülen değişiklik (ekleme), bu!

Yirmi dördüncü maddenin girişine göre, "Hasta, konsültasyon yapılmasını arzu ederse, müdavi tabip veya dış tabibi bu talebi kabul eder." ... Öyle midir? Bugün tıpta bilimin vardığı düzeye ve uygulama anlayışımıza göre danışmayı hekim isteyebilir, hasta değil²³. Burada hastaya tanınan özgürlük temelde ve tüzüğün tümü göz önüne alındığında, gerçek bir özgürlük anlayışından çok uğraşın *ticaret* yönüne dayanıyor olsa gerektir.

On ikinci maddede, "Tabip ve dış tabiplerinin... şahsi bir menfaat düşüncesi ... ile ... sağlık müesseselerine hasta sevketmeleri veya yatırmaları ... caiz değildir." denir. Oysa muayenehane hekimliği ile resmi bir yerde çalışmak arasındaki bağıntı, *hasta yatırma* olanağının birincisine sağladığı yarar çok iyi bilinir.

Koruyucu hekimlik açısından tüzükte yalnız on beşince madde dikkati çekiyor. Hekim bu bakımdan, hastalara ve birlikte yaşayanlara, onların kendilerine ve çevrelerine karşı olan sorumluluklarını bildirecektir. Halk sağlığı yönünden onun devlete bildirmekle yükümlü olduğu durumlardan söz edilmemiştir. Unutmayalım ki, bu alanda geleneksel tıp aktöresi ülkelerine uymaya çalışmak, ondan beklenen hizmetleri aksatır³⁰(364-65).

İkinci bölümde tartışıklarımıza göre, hekimliğin yalnız uygulama ve hizmet yanının değil araştırma yönünün de tüzükte yer alması kaçınılmazdır.

Örgen (organ) aktarmaları son yıllarda tıp ve türe açısından olduğu ölçüde tıp aktöresi bakımından da büyük önem kazanmıştır. Örneğin tutukevlerinde bulunanlardan örgen istenmesi sakıncalıdır, çünkü onlarda genellikle bulunduğu bilinen bilinçaltı suçluluk duyguları bu kişileri kolayca böyle istekleri olumlu karşılamaya iter; onlar *suçlarını bu yolla ödemek* isteyebilirler, onun için de bu davranışlarında tümüyle özgür sayılamazlar³¹.

Tıp aktöresi tüzüğünde ölüm kavramı da en son bilgilerin ve düşüncülerin ışığı altında tanımlanmalı, kesin olarak ölümle karşı karşıya olan ve büyük acı çeken hastaların durumu³² ele alınmalıdır.

Bu konuları bugün de Hipokrat çağından kalma "önce hiç bir zararınız dokunmasın" biçimindeki kesin bir buyrukla karşılamaya çalışmak yanlıştır¹⁰.

Hipokrat andının somut geçerliliğinin bugün için pek kalmamış olması⁹ gibi, bizim "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" de artık çok eskimiştir.

KAYNAKLAR

1. — : Dorland's Illustrated Medical Dictionary. 24.B. Filadelfiya, W. B. Saunders, 1965.
- 2.Y. Örs : Geçmişte ve günümüzde hekim - hasta ilişkisi. Tıp Dünyası, 48: 224 - 30, 319 - 27, 1975.
- 3.R. T. Barton : Sources of medical morals. JAMA, 193: 133 - 38, 1965.
- 4.I. Waddington : The development of medical ethics - a sociological analysis. Med. Hist., 19: 36 - 51, 1975.
- 5.F. Adams : The genuine works of Hippocrates. Yunancadan çevrilmiştir. Baltimore, Williams and Wilkins, 1939. Baş s.
- 6.T. S. Szasz; W. F. Knoff; M. H. Hollender : The doctor-patient relationship and its historical context. Amer. J. Psychiat., 115: 522-28, 1958.
7. — : Ankara, Ege, Hacettepe Tıp Fakülteleri bitiriş andları.
8. C. D. Leake : Percival's Medical Ethics. Baltimore, Williams and Wilkins, 1927.
- 9.L. S. King : Medical ethics. JAMA, 212: 1042-44, 1970.
- 10.I. B. Piess : Teaching medical ethics — empirical or rational? Brit. J. med. Educ., 1: 290-93, 1967.
- 11.W. Lane-Petter : The place and importance of the experimental animal in research. Proc. roy. Soc. Med., 65: 343-44, 1972.
- 12.R. Machemer; E. W. D. Norton : Experimental retinal detachment in the owl monkey. Amer. J. Ophthal., 66: 388-96, 1968.
- 13.R. D. Guthrie : The ethical relationship between humans and other organisms. Perspect. Biol. Med., 11: 52-62, 1967.
- 14.C. Bernadac : Hitler'in lanetlenmiş doktorları. Çev. ve der. E. Balcı. Cumhuriyet, 10-12 nisan 1968.
- 15.M. R. Dirican : İnanmak güç, ama gerçek! Cumhuriyet, 16 Mayıs 1973.
- 16.C. Tolunay : (Özel konuşma), 1975.
- 17.W. Hobson (der.) : The theory and practice of public health. 2. B. Londra, Oxford University Press, 1965. Önsöz.
- 18.P. Diepgen : Geschichte der Medizin. Die historische Entwicklung der Heilkunde und des aertzlichen Lebens. c. I.; Von den Anfängen der Medizin bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts. Berlin, Walter de Gruyter und Co., 1949.
- 19.G. Duhamel : Paroles de medecine. Monaco, Rocher, 1949.
- 20.J. C. Hinsey : Medicine in a changing world. B. M. O., 10: 83-85, 1959.
- 21.S. Payzin : Tıp eğitimi meselelerimiz. Tüberküloz ve Toraks, 403-17, 1953.
- 22.Y. Örs : Tıp ve eğitimi. Beş Öğretim Üyesiyle. Tıp tarihi uzmanlık çalışması. Ankara Tıp Fakültesi, 1973.
- 23.H. Göksel : (Özel konuşma), 1970.
- 24.D. W. Atcley : A foreword. Patient-physician communication. R. L. Cecil; R. F. Loeb (der.): A textbook of medicine. 10. B. Filadelfiya, W. B. Saunders, 1959.
- 25.E. Melchior : Cerrahinin yolları, hedefleri ve hudutları. Almancadan çev. M. Ülker. Ankara, Akın Matbaası, 1951.
- 26.C. Arsan : (Özel konuşma), 1970.
27. — : Tıbbi deontoloji nizamnamesi. T. T. B. Merkez Konseyi neşriyatından. İzmir, Aydın Basımevi, 1960.
- 28.Y. Örs : Tıp dili, doktorların dili ve Türkçe. Çocuk Sağ. Has. Derg., 15: 317-27, 1972.
29. — (a): T. T. B. Merkez Konseyi Başkanlığının 7.1.1970 tarihli ve 1174 sayılı yazısı.
(b): Bu yazıya ek.
- 30.M. W. Susser : Social science and public health. W. Hobson (der.): The theory and practice of public health. 2. B. Londra, Oxford University Press, 1965. s. 359-65.
- 31.R. Adasal : (Örgen aktarmaları ve ölüm konusu üzerinde konuşma.) İzmir Barosunun düzenlediği toplantı. Ege Tıp Fakültesi, 1968.
- 32.M. Jones : Euthanasia. The Observer Review, 24 Eylül 1967. The right to die. 1 Ekim 1967.

Diyarbakır'da okul çocuklarında enterobius vermicularis prevalansı

DR. MEHMET ERDOĞAN

Diyarbakır Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Kürsüsü

AMAÇ:

Kürsümüze bağlı Mermer Sağlık Ocağı ve ocağa bağlı köylerde zaman zaman çocuklar arasında Oxsiyur vermicularis vakalarına rastlanmaktadır. Yapılan literatür taramasında bölge ile ilgili herhangi bir yayına rastlanmamıştır.

Bölgemiz okul çocuklarında hastalık prevelansını ölçmek ve tedavide kullanılan en etkin ilacı saptamak üzere bir araştırma yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Materyal: İncelenen materyal Mermer Eğitim Sağlık Merkezine bağlı 11 ilkokulda okuyan 7 - 12 yaşlarındaki 480 çocuktan alınmıştır. Materyal, 2 gruba ayrılmış olan çocuklardan 1. gruptan sabah saat 4 - 7 arasında, 2. gruptan öğrenciler okula geldikten sonra saat 8 - 10 arası alındı.

Metod: Bir lam üzerine lam boyundan uzunca kesilip selofanlı şerit yapışkan yüzü lam'a dönük olmak üzere; lam'ın bir ucuna numara verilerek ve selofan şerit kıvrılarak yapıştırıldı. Öbür uç selofan şeridi kullanmak üzere serbest bırakıldı. Zamksız kısım materyali alacak kimsenin parmağı üzerine gelecek şekilde tutturuldu. Zamklı yüzü "eğildim" durumdaki muayene olacak kişinin perianal bölgesine yapıştırılarak kaldırıldı. Selofan şerit arada hava almayacak şekilde lam'a tesbit edildi. İçinde ıslak pamuk bulunan petri kutularına yerleştirildi. Laboratuvarda selofanlı kısım üstte olmak üzere mikroskopta incelendi tedavi için seçilen ilaçların hangi okullarda tatbik edileceği kura ile tesbit edildi.

BULGULAR

Araştırma yapılan 11 ilkokulda okuyan 480 öğrenciden 456 sında enterebi-us vermicularis yumurtası tesbit edildi. Genel enfeksiyon oranı % 95 tir.

Erken materyal alınan okullarda enfeksiyon durumu:

Mermer ilkokulunda	% 91.46
Alibardak ilkokulunda	% 93.47
Kendeş ilkokulunda	% 100
Kavaklıbağ ilkokulunda	% 94.23
Kumluçatı ilkokulunda	% 17.50

Bu grupta genel enfeksiyon oranı % 94.73 tür.

Geç materyal alınan ilkokullarda enfeksiyon durumu:

Bozbağlar ilkokulunda	% 95.74
Karaçimen ilkokulunda	% 97.67
Kayayolu ilkokulunda	% 96.55
Dervişhasan ilkokulunda	% 92.46
Sayarlar ilkokulunda	% 96.66
Suçıktı ilkokulunda	% 100

Bu grupta ortalama enfeksiyon oranı % 95.78 dir.

Tek dozla tedavi için seçilen ilaçlardan piperazin hexahydrate 151 öğrenciye verildi. Kontrol muayenesinde ilaç % 90.72 oranında iyileşme sağladı. Levamisol 157 öğrenciye verildi kontrol muayenesinde % 13.37 iyileşme saptandı. Pyrvinium pamoate 115 öğrenciye verildi kontrol muayenesinde % 87.82 iyileşme sağlandı. Kontrol bir hafta sonra yapıldı ve tedavi ilaçlarının prospektüsünde yazılı olan tedavi şemasına uygun olarak yapıldı. İlaçların tesir derecelerini saptamak için gerekli testler yapıldı. Bu duruma göre tek dozla levamisol'un *Enterobius vermicularis*'e etkisi saptanamadı.

Tedavi etme oranı yüksek olan piperazin hexahydrate ile pyrvinium pamoate'in *Enterobius vermicularis* üzerine olan etkileri bakımından aralarında önemli bir fark yoktur.

TARTIŞMA

Yabancı kaynaklı literatürde % 31.0 - 87.8 oranında *enterobius vermicularis* enfeksiyonu bildirilmiştir. Yurdumuzda A. Merdivenci ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada % 19.1 - 46.0 oranında enfeksiyon bildirmişlerdir. Görülüyor ki bizim tesbit ettiğimiz 91 - 100 arasındaki oran çok yüksektir. Bu durum kalabalık aile, konut, ekonomik durumlarla yakından ilgilidir. Araştırmalar aynı metodla yapılmıştır. Kendi köylerimiz arasında önemli bir farkın bulunmayışı da aynı ekonomik sosyal ve kültürel vasıfları haiz olmalarındandır. Kırsal bölgelerde geç materyal almasının yatakta materyal almaktan bir farkı olmadığı saptanmıştır. İlaçların tedavi etme oranı bakımından piperazin hexahydrate ile pyrvinium pamoate arasında önemli bir fark yoktur. Levamisol'un tek dozda etkisi saptanamamıştır.

Ülkemizde çocuk ölüm oranları ve nedenleri

DR. ZAFER ÖZTEK

H. Ö. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Enstitüsü

Halk Sağlığı dalında çalışanların en önemli gereksinmelerinden biri de ölüm istatistikleridir. Çünkü sağlık hizmetlerinin temel amaçlarından biri de ölümleri azaltmak ve hayatı uzatmaktır. Bunun en değerli ölçütü de ölüm oranı ve hızlarıdır. Ölüm istatistikleri devletin planlama görevinde temel öğelerinden biridir. Hatta bu istatistikler ülkenin sosyal ve ekonomik gelişme ölçütlerinden biridir.

Ölüm istatistikleri içinde çocuk ölümlerine ait istatistiklerin özel önemi vardır. Türkiye gibi nüfusunun % 42'sinin 15 yaşından küçük olduğu toplumlarda bu daha da önemlidir. Bu arada bebek ölüm hızı, belki de en değerli ve en geniş kapsamlı bir sağlık indeksidir. Bir ülkenin sağlık hizmetlerinin başarısını anlamada ilk baş vurulacak ölçüt bebek ölüm hızlarıdır.

Ancak tek başına bebek ya da çocuk ölüm hızları bir anlam ifade etmez. Ölümlere neden olan hastalık ve durumların da birlikte değerlendirilmesi daha geçerli olacaktır. Çünkü ölüm hızları kadar, ölüm nedenleri de değerlidir.

Ölüm istatistikleri genellikle iki yolla elde edilebilir:

1. Sürekli kayıt ve bildirimler.
2. Araştırmalar. (Nüfus sayımlarının bu yönden değeri azdır.)

En değerli ve istenilen veri toplama yolu sürekli kayıt ve bildirimler olmalıdır. Ancak bu yol her zaman ve her ülkede en geçerli verilerin elde edilmesini sağlayamaz. Her ülkenin sürekli kayıt sistemleri ile ilgili sorunları vardır. Ülkemizde bu sorunlar daha belirgindir ve bu sistemin arzu edilir biçimde yürümediğini belirtmek gerekir. Nitekim, Eliska Chanlette tarafından yazılan "Türkiye'de çift kontrollü bildirim sistemi" (Organisation and methods of the dual-report system in Turkey) adlı raporda Türkiye'de bildirilen doğumlarda % 5 - 13, ölümlerde ise % 10-25 arasında hata olduğu bildirilmektedir. Her yıl Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yayımlanan ölüm istatistikleri yalnızca il ve ilçe merkezlerini kapsamı yönünden de Türkiye'yi tam olarak temsil edemez. Ancak, ülkemiz hakkında yayımlanan resmi istatistikler olması nedeniyle bu kaynakları gözden geçirmede yarar vardır.

Tablo : 1

<u>İl ve İlçe Merkezlerinde Çocuk Ölümleri (1972) :</u>		
<u>Yaş Grubu</u>	<u>Ölenler</u>	<u>%</u>
0	31986	28.5
1 - 4	6495	5.8
5 - 14	2925	2.6
-----	-----	-----
0 - 4	38481	34.2
0 - 14	41406	36.8
-----	-----	-----
Tüm Yaşlar	112419	100

Tablo 1'de görüldüğü gibi il ve ilçe merkezlerimizde, tüm yaşlarda ölenlerin % 36.8'i 15 yaşın altındaki çocuklardır. Ölenlerin % 34.2'sini ise 5 yaşın altındakiler teşkil etmektedir. Bu oranlar şehirsal bölgelerimizde bile çocuk ölümlerinin tüm ölümler içindeki payının oldukça fazla olduğunu göstermektedir.

Aynı yayıma göre çocukluk dönemlerindeki ölüm nedenleri de tablo 2'de görülmektedir.

Tablo : 2

<u>İl ve İlçe Merkezlerinde en önemli 5 çocuk Ölümü Nedenleri :</u> <u>(50 Başlıklı Liste, 1972)</u>			
<u>Önemlilik Sırası:</u>	<u>0 yaş:</u>	<u>1 - 4 yaş:</u>	<u>5 - 14 yaş:</u>
1	Pnömoni	Pnömoni	Kazalar (Taşıt Dışı).
2	Yeni doğan Enfeksiyonları	Enterit	Pnömoni
3	Enterit	Diğ. Bütün Hast.	Diğer Bütün Hast.
4	Vasfı belirtilmeyen	Kazalar (Taşıt Dışı).	Kalbin Diğ. Hast.
5	Doğum Travmaları	Serilite ve Meçhul Nedenler (?).	Taşıt Kazaları.

Tablo 2'de görüldüğü gibi ülkemizde pnömoni ölümleri çocukluk dönemlerinde en sık ölüm nedeni olmaktadır. Enterit de önemli bir ölüm nedenidir. Büyük çocuklarda ise kazalar önem taşımaktadır. Genel olarak Türkiye'de pnömoni ve enterit

gibi enfeksiyon hastalıklarının çocuk ölüm nedenleri arasında ilk sıraları aldığı görülmektedir. Bu hastalıkların tedavilerinin kolay ve basit olduğunu belirtmekte yarar vardır.

Tüm Türkiye'deki çocuk ölümlerini en geçerli biçimde yansıtan istatistikleri 1966 - 67 yıllarını kapsayan ve Hıfzıssıhha Okulunun da katkısıyla yapılan "Türkiye Nüfus Araştırması"ndan elde edilmiştir. Bu araştırmaya göre Türkiye'de, tüm ölümlerin % 50.9'unu 5 yaşından küçük çocuklar teşkil etmektedir. Bu rakam şehrsel bölgelerimizde % 38.8, köysel bölgelerimizde % 54.9'dur. Ancak bölgeler arasında çok fark bulunmaktadır. Örneğin İç Anadolu bölgesinin köylerinde tüm ölenlerin % 62.5'i 5 yaşından küçük çocuklar olmasına karşılık bu rakam İzmir şehrinde % 21.4'dür. Bu oranların en düşük olanı bile gelişmiş ülkelerle kıyaslanamayacak kadar yüksektir.

Aynı araştırmada Türkiye'de bebek ölüm hızı % 0 153 olarak bulunmuştur. Diğer bir deyişle ortalama olarak ülkemizde bir yılda canlı olarak doğan her 1000 bebekten 153 tanesi bir yaşını dolduramadan ölmektedir.

Bebek ölüm hızı şehrsel bölgelerimizde ortalama olarak % 0 113 olmasına karşılık köysel bölgelerimizde % 0 168 olarak bulunmuştur. Aynı hız İç Anadolu bölgesinin köysel bölgelerinde % 0 226 olarak bulunmuştur. Bu rakamlar gelişmekte olan ülkeler arasında bile bilinen en yükseklerindendir.

Bebek ölümleri ile anne yaşının ilişkisine gelince; genç anneler arasında bebek ölüm hızlarının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. En yüksek bebek ölüm hızı 15 - 19 yaşlar arasındaki annelerde görülmüştür (% 0 155). Bunu 20 - 24 (% 0 130) ve 45 yaşından daha yaşlı olan anneler izlemektedir (% 0 130).

Mevsim olarak, en fazla çocuk ölümünün kış aylarında olduğu saptanmıştır. Bunun en önemli nedeni pnömonilerin kış aylarında daha sık görülmesidir.

İstatistiksel bilgilerin daha doğru ve geçerli olduğuna inandığımız Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesine ait bazı bilgilerin de gözden geçirilmesinde yarar vardır. Bu rakamlar Türkiye'yi temsil edemese bile fikir verici olacaktır.

Tablo : 3

Etimesgut Bölgesine Ait Bazı Demografik Bilgiler :								
	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Kaba Ölüm Hızı (1000).	10.3	9.6	8.8	8.2	7.1	8.2	7.0	6.5
Bebek Ölüm H. (1000).	142	121	111	103.2	87.6	112	93.1	94.5
Neonatal Ö. H. (1000).	36	39.3	28.5	25.7	32.5	30.2	34.3	31.7
5 Yaş altı Ölüm (1000).	59	51.5	52.9	49.3	45.1	46.8	46.2	46.3

Tablo 3'de görüldüğü gibi 1967 yılında tüm ölümlerin % 59'u 5 yaşından küçük- lere ait iken, 1974 yılında bu oran % 46.3'e kadar düşmüştür. Bebek ölüm hızında da aynı yıllar göz önüne alındığında % 0 142'den % 0 94.5'a düştüğü görülmektedir. Bu ve diğer rakamlar Etimesgut Bölgesindeki çabaların çocuk ölümlerini azaltabil- mede etkili olabildiğini ortaya koymaktadır.

1974 yılına ait çocuk ölümlerini nedenleri Tablo 4'dedir.

Tablo : 4

En Önemli 5 Ölüm Nedeni. (Etimesgut 1974).			
Önemlilik Sırası	0 yaş :	1 - 4 yaş :	5 - 14 yaş :
1	Pnömoni	Pnömoni	Taşıt kazaları
2	Perinatal Nedenler	Beslenme Boz.	Belirtilmeyen dış etk
3	Enterit	Taşıt Kazası.	Sınai Kazalar
4	Beslenme Boz.	Enterit	Beslenme Boz.
5	Doğuştan Anomali	Kızamık	Kızamık.

Tablo 4'de görüldüğü gibi Etimesgut bölgesinde de, diğer yayımlardaki sonuçlara uygun olarak pnömoni ve enterit ölümleri ilk sıraları almaktadır. Ancak Etimesgut bölgesinin değerlendirmesinde dikkat edilmesi gereken nokta beslenme bozukluklarına bağlı ölümlerin 0 ve 1 - 4 yaş gruplarında önem kazanmış olmasıdır. Bunun esas nedeni, Etimesgut'ta ölüm nedenlerinin, ölüme götüren temel nedenlerin değerlendirilmeye katılmış olmasından ve nedenlerin hekimlerce ve titizlikle saptanmış olmasındandır. Beslenme bozukluğuna bağlı ölümlerin, Türkiye'nin diğer bölgelerinde de aynı önemi muhafaza ettiğine inanmaktayız.

Etimesgut Bölgesinin ölüm nedenleri değerlendirmeleri, ölüme neden olan hastalık ya da olayın yanısıra, bu sonucu doğuran sosyal nedenleri yönünden de değerlendirilmektedir. Buna göre 1971 yılındaki 0 - 4 yaş grubu ölümlerinin sosyal nedenleri şöyledir:

Bilgisizlik	% 63
İlgisizlik	% 62
Ekonomik yetersizlik	% 17
Yanlış İnanç	% 8
Hastahaneye gitmede gecikme	% 35

Tüm ölenlerin % 35'inin ölüme neden olan hastalık nedeniyle hiçbir hekime baş vurmamış olması da kayda değer bir bulgudur. Ölen kişilerin % 2'sinin ise mütetabip denilen halk hekimlerine baş vurmuş olmaları bir başka önemli noktadır.

Sonuç olarak şu değerlendirmeye varabiliriz:

1. Türkiye'de ölüm istatistiklerinin güvenilirliği azdır ve Türkiye'yi en geçerli biçimde temsil eden istatistik bilgiler yoktur.

2. Ancak eldeki bilgilere göre:

a. Ölümlerin yaklaşık olarak yarısı 0 - 4 yaş grubu çocuklarına aittir.

b. Ölüm nedenlerinin başında tanısı ve tedavisi kolay olan pnömoni, enterit gibi enfeksiyon hastalıkları gelmektedir.

c. Genç anneler arasında bebek ölüm hızları daha yüksektir.

d. Kış aylarında çocuk ölümleri daha çok olmaktadır.

e. Köysel ve şehrsel bölgeler arasında çocuk ölümleri yönünden fark mevcuttur .

f. Çocuk ölümlerinde bilgisizlik, ilgisizlik, hastahaneye gitmede gecikme, yanlış inanç gibi sosyal faktörler rol oynamaktadır.

Trahom

DR. A. KANPOLAT

A. Ö. Tıp Fak. Göz Kliniği
Asistanı

Clamidia Trahomatis ile meydana gelen, ilk olarak süperfisial epitele tesir eden, follikül, papül ve pannüs teşekkülü ile karakterize genellikle kronik seyirli, ileri devirlerinde skatris yapan, önemli derecede görme bozukluğu yapan, spesifik, bulaşıcı bir keratokonjonktivittir.

Bugün dünyada 500 milyon insanda trahom, 2 milyon insanda da bu nedenle körlük hulunmaktadır. Memleketimizde sağlık bakanlığının bildirdiğine göre 1974 yılında 133.845 trahomlu bulunmaktadır. Bu rakam ancak trahom taraması sırasında muayene ile tespit edilen, trahomlu hasta sayısıdır. Yurdumuzda total nüfusun trahom yönünden taraması yapılmadığından, bu aslında yanıltıcı, normal değer altında bir rakamdır. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaygındır. Sosyo - ekonomik durum, fena hijyen şartları trahomun yayılmasını kolaylaştırır. Dr. Reinhardt'a göre esas taşıyıcı, sineklerdir.

Klinik görünüm çeşitlidir. Bazan çok hafif olabilir, ancak seneler sonra trikiasis ve skatrizasyon sonucu anlaşılabilir. Akut trahom daha çok laboratuvar enfeksiyonlarında görülür. Kronik trahom 4 devreye ayrılır:

Tr. I, Başlangıç devri: Üst tars konjonktivasında ince kırmızı benekler ve aralarında küçük sarı beyaz noktalar vardır. Tars konjonktivası tipik kadife görünümündedir. Sulu mukoid sekresyon vardır.

Tr. II-Florid devir: Tars konjonktivası daha hiperemiktir, bol papüller nedeniyle ağaç çileği manzarasındadır. Papül ve folliküller boldur. Kornea değişiklikleri görülür, avasküler süperfisial keratid başlar, arkadan damarlar keratidi takip eder, trahom pannüsü ortaya çıkar.

Tr. III: Preskatrisiel devir: Folliküller kaybolur, yıldız şeklinde beyaz skatrisler meydana gelir. Pannüs geriler.

Tr. IV: Skatrisiel devir: Komplikasyonlar safhasıdır, bütün kapak konjonktivası beyaz skatris halini alır. Kapak deformiteleri, entropium ve trikiasis olur. Sekresyon elamanlarının harabolması ile göz kuruluğu olur.

TEDAVİ

Trahom sporadik bir hastalık olmadığı için, tedavisi kitle hastalıklarına özgü özellikleri içerir. Bu görüşle, trahom tedavisi, sosyo-ekonomik durumun düzeltilmesi, halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı koşullarının düzeltilmesi ve tıbbi tedavi ile olur. Yurdumuzda sosyo-ekonomik durum ve hijyen şartlarının bozuk olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerimizde trahom insidansı çok yüksektir. Trahom savaşı uzun yıllardan beri bu bölgelerde ısrarla uygulandığı halde eradike edilememesinin nedeni kitle tedavisinin yanında çevrenin sosyo-ekonomik ve hijyen şartlarının düzelmemesine bağlıdır. Yurdumuzda trahomlu sayısının azalmasında, yapılan trahom savaşı yanısıra, çok daha uzun zamandan beri verilen sıtma savaşı ile karasinek ve sivrisineklerin ilaçlama ile azaltılmasının rolü vardır. Tıbbi tedavi şekilleri şunlardır:

1- Devamlı lokal tedavi: Tetrasiklin gurubu antibiotiğin % 1 yağlı suspansiyonu 3 ay süre ile günde 2 defa göze konur

2- Devamlı genel tedavi: Sulfamidlerin 2 - 3 hafta veya daha uzun süre kullanılmasıdır.

3- Devamlı kombine tedavi: Devamlı lokal ve genel tedavinin bir arada kullanılmasıdır.

4- İntermittant lokal tedavi: 6 ay süre ile her ayın 6 günü günde 1 veya 2 defa göze merhem sürülür. Kitle tedavisinde 2 kür uygulanır.

5- İntermittant genel tedavi: Uzun tesirli sulfanamidlerin haftada 1 veya 2 defa, 3 ay süre ile verilmesidir.

6- Kombine intermittant tedavi: İntermittant lokal ve genel tedavinin bir arada uygulanmasıdır.

7- İntermittant alternan tedavi: İki gurup antibiotiğin intermittant olarak kullanılmasıdır. Bir gurup tetrasiklinlerden, diğer gurup makrolidlerden (Eritromicine, spiramicine) seçilir.

Hastalığın tek tek tedavisinde devamlı lokal tedavi, devamlı genel tedavi, devamlı kombine tedavi iyi sonuç verir. Kitle tedavisinde intermittant lokal tedavi uygulanır.

KAYNAKLAR

- 1- Duke-Elder-System of Ophthalmology, Diseases of the outer eye. Part I Vol. VIII S 258
- 2- General Assembly of league against trachoma. 5. May. 1971 Rev. Int. du trh. N. Seri No: 49-25-1972
- 3- The Prevantion of Blindnes. Report of a WHO Study group. World Healt Organisation technical report series No: 518-7
- 4- Reinhardt J.: Flies, Sand and Trachoma. World Healt, June 1970 Page 9
- 5- Dawson C. R. Honnal. Controlled treatment trials on Trachoma. Rev int. du Trh. No: 1 49-53-1972
- 6- Maitchuky F: Some aspects of rational trachoma therapy. Am. Journal oph. 74-694-1972
- 7- Şendilek İ.: Türkiyede Trahom savaşı ve sonuçları. S. ve S. Y. Bakanlığı yayını

İlaç çözücü olarak parenteral sıvı seçimi ve parenteral sıvı-ilaç etkileşimleri

DR. AYSEN KARAN
ECZ. İSMAİL ÜSTEL

H.Ü. Eczacılık Fak. Hastane Eczacılığı Bilim Dalı

Parenteral sıvı tedavisi, özellikle hastanelerde uygulanan bir yöntem olup hastanın sıvı ve elektrolit dengesini ve parenteral yolla beslenmesini sağlama amacını taşır. Bu sıvılara, hastaya uygulanması öngörülen ilaçların katılması da çok sık başvurulan bir yoldur. Bu işlemler uygulanırken gereken dikkat ve özen gösterilmezse hastaya fayda yerine zarar verilebilir. Bir enfüzyon sıvısına bir ya da daha fazla ilacın katılması dayanıklılık ve geçimsizlik sorununu ortaya çıkarır. Viskozitede, pH'de, tonisitede ya da partikül dağılımındaki değişimler bu duyarlı sistemi etkileyebilir, oksido-redüksiyon koşulları, ışık, sıcaklık gibi etkenler de etkinlik kaybına yol açabilirler¹.

Bu yazıda terapötik geçimsizlikler konumuz dışında kalacak ve genel olarak karışımların fiziksel ve kimyasal geçimsizlikleri üzerinde durulacaktır. Bu tip geçimsizlikler parenteral sıvıda renk değişmesi, bulanıklık, çökelti, kristal oluşması, gaz çıkması şeklinde gözlenebilen olaylara yol açabildiği gibi, gözle görülmeyen kimyasal değişiklikler şeklinde de oluşabilir.

Bu değişiklikler sonucu i.v. setin tıkanması, emboli, granüloma, değişmiş farmakolojik etki, preparatın etkinliğini tümüyle yitirmesinin yanı sıra toksik bir etki bile ortaya çıkabilir².

Parenteral sıvılara katılması muhtemel bir ilacın ya da ilaçların oluşturduğu tüm karışımları inceleyerek tablolar düzenlemek olanaksız görünmektedir. Ancak genel ilkeler öğrenilmeli ve uygulanmalıdır³. İlaçlarda yardımcı katkı maddesi olarak bulunan tamponlar, koruyucular, stabilizatörler de geçimsizlik nedeni olabilir ve çeşitli firmaların hazırladıkları farmasötik şekiller arasında farklı dayanıklılık ve geçimsizlik sorunlarının ortaya çıkmasına yol açabilirler.

Bu çalışmada dayanıksızlık ve geçimsizliğe yol açan genel kavramlar üzerinde kısaca durulacak ve bu konuda yayınlanmış çalışmalarla saptanan ve en sık olarak parenteral sıvılara katılan ilaçlara ait geçimsizlikler kaynakları ile birlikte sunulacaktır.

Faydalı olacağı düşüncesiyle parenteral sıvılara sıklıkla katılan ve kuru toz halinde bulunan enjektabl preparatları çözmek için tavsiye edilen steril eriticiler ve çözünmüş ilacın bu eriticideki dayanıklılığı tablolar halinde verilecektir.

Ayrıca, yazımızda özellikle yurdumuzda bulunan ilaçlarla ilgili sonuçlar değerlendirilmeye çalışılmıştır. Firmalara göre farklı formüllerin geliştirilmiş olabileceği bilinmekle birlikte markalar belirtilmemiştir. Çalışmalarda, ilaçların sıvılardaki derişimleri (konsantrasyonları) üzerinde de önemle durulduğu dikkati çekmiş, ancak pratik bir kaynak olması amacıyla hazırlanan bu yazıda derişim etmeni de göz önüne alınmayıp tedavi dozlarıyla ilgili sonuçlara öncelik verilmeye çalışılmıştır,

Bir infüzyon sıvısı içindeki ilacın dayanıklılığını etkileyen genel etmenleri şöyle sıralayabiliriz:

1 - Hazırlama süresi: Enfüzyon karışımının hazırlanması ile hastaya uygulanması arasındaki süre hiç bir zaman 1 saati geçmemelidir. Böylece, bir mikrop bulaşması durumunda aşırı üreme, ilaçların zamanla bozunması olasılığı azaltılmış, hemşire değişmesi gibi durumlarda bu enfüzyonun yanlış hastaya uygulanabilme olasılığı ortadan kaldırılmış olur.

2 - Enfüzyon süresi: Uygulama 1/2 - 12 saat, bazan da 24 saat olabilir. Ancak, uzun süren enfüzyonlarda bakteri bulaşması ve enfüzyon sıvısına katılmış ilaçların bozunma olasılığı artacaktır. Tavsiye edilen süre, bir şişe infüzyon sıvısı için en çok 8 saattir.

3 - Çözeltinin pH'si: Birçok ilaç uygun olmayan pH'deki bir ortama katıldığında bozulur. Örneğin Heparin, pH'si 6.0'nın altında olan çözeltiler (% 5 Dekstroz gibi) içinde hızla etkisizleşir. İlaçların parenteral sıvılar içindeki dayanıklılığında pH en önemli etkindir.

4 - Elektrolitler: Enfüzyon sıvısındaki elektrolitler, özellikle yüksek derişimde iken, ilaçların bozunma ya da çökmelerine neden olabilirler. Örneğin Ringer ya da Ringer-Laktat çözeltisi içindeki Ca^{++} iyonları, Tetrasiklinler, Oksitetrasiklin, Sodyum bikarbonat gibi ilaçlarla karşılaşınca çözünmeyen kalsiyum bileşikleri halinde çökeceklerdir.

5 - İlaçların infüzyon kapları, tıplar ve i.v. setler ile tepkimeye girmeleri: Pek az ilaç kauçuk tıplar tarafından (fenolik gruplar) ve bizzat cam tarafından (insülin) sorbe edilirler⁴. Nötral olmayan cam kaplar ortama alkali verebilirler. Polivinilklorürden yapılmış şişe içine konan Vitamin A, Metoheksital Sodyum, ve Warfarin Sodyum belirgin olarak - % 5 ya da daha fazla sorbe olur⁵.

6 - Oksijen ya da karbondioksit ile etkileşme: Bir enfüzyon sıvısından uzun süre hava kabarcıklarının geçmesi oksijen ya da karbondioksitle etkileşmelere yol açabilir. Örneğin Fenitoin Sodyum, karbondioksitle uzun süre temas halinde serbest baz haline geçer ve çözelti bulanır.

7 - Işığa duyarlılık: Pek az ilaç da ışığa duyarlıdır. Bu ilaçları taşıyan enfüzyon şişeleri uygulama süresince bozunmayı önlemek için siyah kâğıda sarılmalıdır. Amfoterisin B, ışığa duyarlı olan ilaçlara bir örnek olarak verilebilir.

8 - Mikrobiyolojik bulaşma: Enfüzyon sırasında sıvı ortamda - özellikle sıcak iklim koşullarında ve uzun süren enfüzyonlarda - mikroorganizmalar üreyebilir. Bu üreme pirojen etki ya da enfeksiyona yol açabilir.

Enfüzyon şişesine ilaçları katarken asepsi tekniğine son derece özen gösterilmelidir ve 1 litrelik şişe yerine 2 tane 1/2 litrelik şişe tercih edilmelidir.

9 - Şekerler, polisakkaritler: Görünüşte hiç zararı olmayan şeker çözeltileri bozunmaya yol açabilirler. Dekstroz çözeltisine (pH 4.4) enjektabl Sülfadiyazin Sodyum (pH 10.5) katıldığında, son karışımın pH'si 8.5 olur ve bir kaç saat içinde koyu sarı renk oluşur.

10 - İlacın disosiyasyon sabiti: Bir ilacın belirli koşullarda, tepkimeye girerek ya da parçalanarak hangi oranda ve süre içinde bozunduğu biliniyorsa enfüzyon için en uygun olan maksimum süre saptanabilir. Bir infüzyon sıvısı içindeki ilacın % 10 etkinlik kaybı (% T_{10}) kabul edilebilecek en çok kayıptır⁶. Örneğin Potasyum Peni-

silin G için 25°C'de ve pH 5.0'te % T₁₀ değeri aşağı yukarı 12 saattir. Eğer bu çözeltiye Vitamin B kompleks ve Vitamin C eklenirse pH 3.65 olur ve artık % T₁₀ değeri 1.2 saattir. Başka bir deyimle bu karışımın 1 saat içinde kullanılması gereklidir.

Tablolarda kullanılan kısaltmalar:

Enj. Su
SF
% 5 D
% 5 D/SF

Enjeksiyonluk su
Serum Fizyolojik
% 5'lik Dekstroz çözeltisi
% 5'lik Dekstroz çözeltisi / Serum Fizyolojik karışımı

Tablo : 1

İ L A Ç	İLACI ÇÖZMEK İÇİN ÖNERİLEN STERİL ERİTİCİ				STERİL ERİTİCİDE ÇÖZÜLEN İLACIN DAYANIKLILIĞI
	Enj. Su	SF	% 5D	% 5 D / SF	
AMFOTERİSİN B	+ (7)				- Oda sıcaklığında karanlıkta 24 saat (7). - Buzdolabında 7 gün (7).
AMPİSİLİN i. m. i.v. (yavaş, direkt)	+ (7)	+ (7)			- Sıvıfazda 0° C'de 8 saat, 5° C'de 4 saat, 27° C'de 2 saat (8,9). - Su ile çözününce 25° C'de 4 saat (10). - Bekletilmeden kullanılmalıdır (7).
ERİTROMİSİN LAKTOBİYONAT	+ (7)	(-) (7)	+ (7)		- % 5'lik stok çözeltisi buzdolabında 2 hafta dayanır (7,11). <u>Not: Eritici olarak SF kullanılmamalıdır (7).</u>
FENİTOİN	Beraberinde verilen çözümüyle avuç içi sıcaklığında ve hafifçe çalkalayarak çözülür (7).				- Bir kaç saatten fazla saklanmamalıdır (7)

İ L A Ç	İLACI ÇÖZMEK İÇİN ÖNERİLEN STERİL ERİTİCİ				STERİL ERİTİCİDE ÇÖZÜLEN İLACIN DAYANIKLILIĞI
	Enj. Su	SF	% 5D	% 5 D / SF	
HİDROKORTİZON SODYUM SÜKSİNAT	+ (7)				- Bekletilmeden kullanılmalıdır (7.11)
İZOPROTERENOL HCl - i.v., direkt uygulama için - i.v., infüzyon için		+	+	+	
Kalsiyum EDTA		+ (12)	+ (12)		
KANAMİSİN		+ (12)	+ (12)	+ (12)	
KARBENİSİLİN	+ (7)				- Bekletilmeden kullanılmalıdır (7)
KLOKSASİLİN	+ (7)				- Bekletilmeden kullanılmalıdır (7)
KLORAMFENİKOL	+ (7)	+ (12)	+ (7)		- Oda sıcaklığında 30 gün (7,11,13). - Buzdolabında 5 gün (12).
KOLİSTİN	+ (7)				- Oda sıcaklığında 8 saat, buzdolabında 2 gün (7).
KORTİKOTROFİN	+ (7)	+ (7)			- Buzdolabında 24 saat (7).
METİSİLİN	+ (7)	+ (12)	+ (12)		- Buzdolabında 4 gün (13). - Bekletilmeden kullanılmalıdır (7).
OKSİTETRASİKLİN	+ (7)	+ (7)	+ (7)		- Stok çözeltisi buzdolabında 3 gün (7). - Buzdolabında 2 gün (11).

İ L A Ç	İLACI ÇÖZMEK İÇİN ÖNERİLEN STERİL ERİTİCİ				STERİL ERİTİCİDE ÇÖZÜLEN İLACIN DAYANIKLILIĞI
	Enj. Su	SF	% 5D	% 5 D / SF	
PENİSİLİN G	+ (14)	+ (14)	+ (14)		- Oda sıcaklığında dayanıksızdır, bekletilmeden kullanılmalıdır (7). - Oda sıcaklığında 24 saat dayanıklıdır (11). - Buzdolabında 3 gün (15).
SEFALORİDİN	+ (7)				- Oda sıcaklığında 24 saat, buzdolabında 4 gün (7).
SEFALOTİN SODYUM	+ (7)				- 5°C'de 24 gün 25°C'de 24 saat dayanıklıdır (16). - Oda sıcaklığında 6 saat, buzdolabında 2 gün (7). - -20°C'de 6 hafta dayanıklıdır (17).
SPİRONOLAKTON	+ 2,18		+ 2,18		
STREPTOMİSİN	+ (12)	+ (12)			
TETRASİKLİN	+ (7)				- Stok çözelti oda sıcaklığında 12 saat dayanıklıdır (7). - İnfüzyon sıvısı hazırlanır hazırlanmaz kullanılmalıdır (7).
TİYOPENTAL SODYUM	+ (7)	+ (7)	+ (7)		- Bekletilmeden kullanılmalıdır (11). - Enj.su içinde oda sıcaklığında 3 gün, buzdolabında 10 gün, % 5 D içinde oda sıcaklığında 10 gün, buzdolabında 2 gün, SF içinde oda sıcaklığında birkaç hafta dayanıklıdır (7).
VANKOMİSİN	+ (7)				- Oda sıcaklığında 2 hafta (7). - Buzdolabında 2 hafta - Buzdolabında saklanmalıdır.

DEVAMI GELECEK SAYIDA

Osteoartroz tedavisi

Dorothy I. Mason

Peter M. Brooks

W. Watson Buchanan

Derleyen : Dr. Bülent KAVAKLI

Osteoartroz (Osteoarthrosis, Osteoarthritis, Dejeneratif eklem hastalığı) orta yaşlı ve yaşlılarda sıklıkla rastlanan bir hastalıktır. Normal eklem, normal şartlarda bozulmadan yüz sene bile çalışabilir. Anatomik veya fonksiyonel anomaliler eklemlerde osteoartroz meydana getirebilirler. Üzerine ağır yük binen eklemleri tuttuğunda ciddi bozukluk ve ızdıraba neden olan osteoartroz etyolojik olarak primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılır. Her iki şeklinin de tedavi yöntemleri aynı olacağından birlikte incelenecektir.

Tedavi hiyerarşisine ayırıcı tanı ile başlayıp, diğer faktörler dengeli görüldüğünde birbirinden çok farklı olan ilaç fiatları (Tablo IV) ve hastanın alım gücü göz önüne alınarak tedavi şeması hazırlanır. Ancak hastalığın değil, hastanın bir bütün olarak ele alınması izlenecek en akılcı yol olacaktır.

Tedavi Şemasının Açıklaması

(1) Hastalık diz, kalça gibi üzerine fazla ağırlık binmekte olan eklemleri tutmuş ise zayıflama ve koltuk değneği kullanılması şikayetleri azaltır. Zayıflamanın her ne kadar faydası konusunda bilimsel deliller yoksa da mantığa uygundur. Eksersizler ise kas tonusu ve hareketliliği sağlama yönünden faydalıdır. (Tablo III)

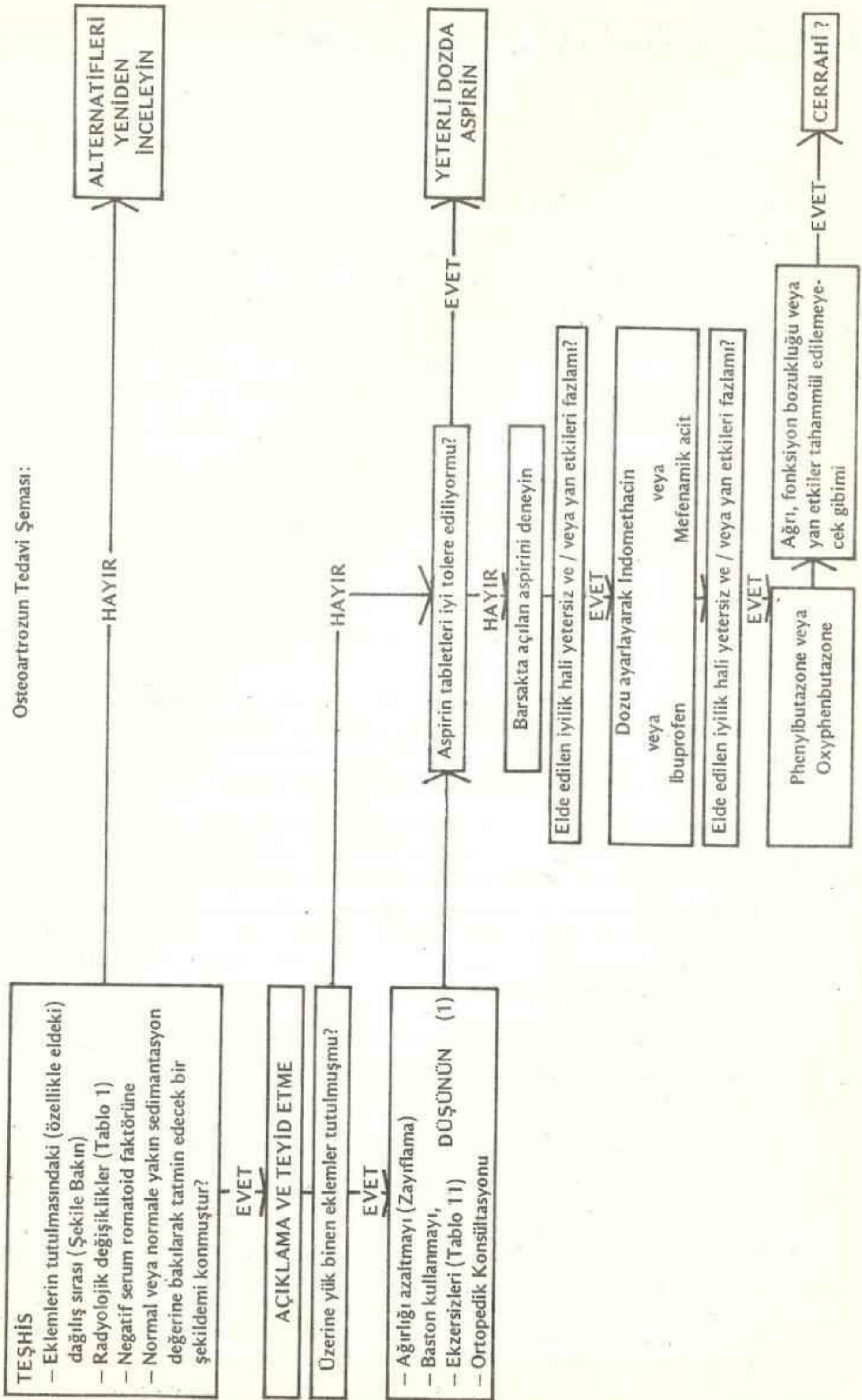
(2) Osteoartrozun bir çok hallerinde belli derecelerde iltihap da bulunabilir. Bunun için genellikle iltihabi reaksiyonu önleyici ilaçlar analjeziklerle beraber kullanılmaktadır. Aspirinin çeşitli şekilleri en fazla kullanılan ve en çok tavsiye edilen ilaçtır. Ancak hastaların üçte biri semptomları kontrol altına alacak dozda ilacı tolere edememektedirler. Bunun için Yurdumuzda barsakta çözülen aspirinler tercih edilmektedir. Yurt dışında ise eriyik halindeki aspirin de kullanılmaktadır. Peptik ulcusu olan kişilerde aspirin ve indomethacin kullanımı kontrendikedir.

(3) 1 buprofen peptik ulcuslu vakalarda kullanılabilir. Yan etkileri diğerlerine oranla daha azdır. Bu gruptaki diğer ilaçlar fazla denenmemiş olup halihazırda yan etkileri çok ve daha pahalıdır. (Tablo III ve IV)

(4) Kan tablosundaki yapacakları olumsuz etkiden dolayı Phenylbutazone ve oxyphenbutazone sadece ağrının diğer ilaçlarla kontrol altına alınamadığı vakalarda kullanılmalıdır.

Not : Osteoartroz tedavisinde ACTH (corticotrophin) veya steroidlerin sistemik ve lokal tatbiklerinin hiç bir yeri yoktur. Bunların sistemik yan etkileri herkesçe bilinmektedir. Steroidlerin tekrarlanan lokal tatbiklerinin eklem yüzlerini osteoartrozdan daha fazla harap ettikleri ve hastaya ancak geçici bir rahatlık sağladıkları saptanmıştır. Tatbikat kesildiği zaman semptomlar daha ağır olarak ortaya çıkmaktadır.

Osteoartrozun Tedavi Şeması:



Tablo 1. Osteoartroz ve romatoid artrit arasındaki radyolojik farklar

RADYOLOJİK GÖRÜNÜM	OSTEOARTROZ	ROMATOİD ARTRİD
Eklem aralığında daralma	+	+
Juxta-articüler osteoporoz	-	+
Juxta-articüler skleroz	+	-
Articüler Erozyon	-	+
Kemik kistleri	+	+
Osteofit oluşumu	+	-
Ossöz ankiloz	-	+

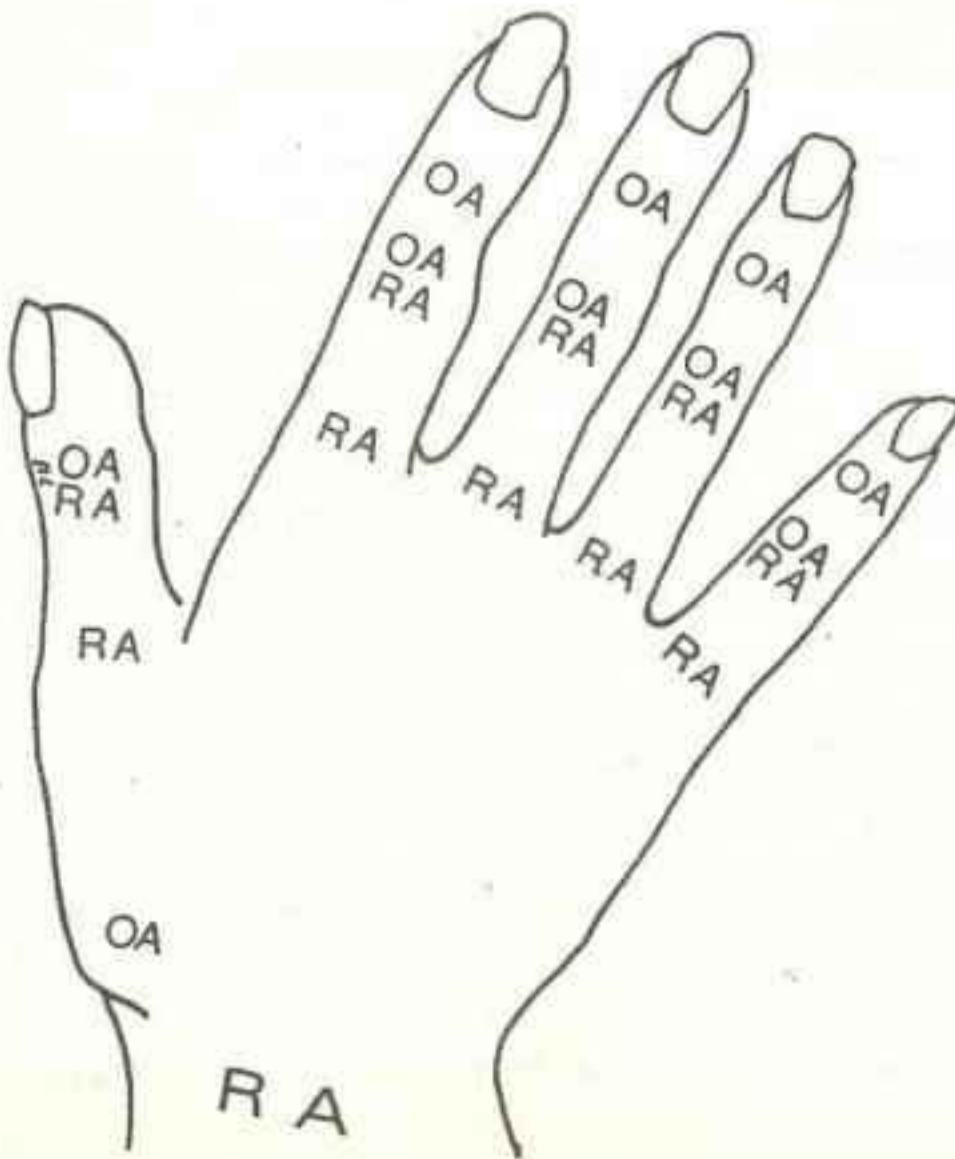
(Osteoartrozda bazen erozyonlar olabileceğini ve romatoid artritli bir eklemden sekonder osteoartroz oluşabileceğine dikkat ediniz.)

Tablo 2. Kalça ve diz eklemlerinde osteartroz olan hastalara evlerinde yapmaları tavsiye edilebilecek hareketler

KALÇALAR	<p>Kalça kaslarınızı kasıp gevşetin</p> <p>Dizinizi bükmeden bacağınızı yatağın dışına kadar uzatın, sonra yine dizinizi bükmeden öbür bacağınızın üzerine getirip yerine koyun. Aynı hareketi öbür bacağınıza da yaptırın.</p> <p>Sanki yuvarlıyormuş gibi, baldırınızı içe ve dışa döndürün</p>
DİZLER	<p>Yatarken dizinizi bükmeden baldır kaslarınızı (quadriceps femoris) kasıp gevşetin.</p> <p>Bir topuğunuzu öbür dizinize değdirin. Bunu diğer topuğunuzla tekrarlayın.</p> <p>Dizinizi bükmeden bacağınızı kaldırıp, tekrar yerine koyun. Diğer bacağınızla tekrarlayın.</p>
<p>Her hareket üçer kez tekrarlanmalıdır. Bu rutin olarak her gün yapılmalıdır. Hareketler sert bir yatakta, ya iki - üç yastıkla yarı oturur vaziyette veya yatar durumda yapılmalıdır.</p>	

Tablo III. Kullanılan ilaçların sunuluş şekli ve dozajları

	Preparat ismi		Dozaj
Aspirin			
	Aspirin	Tablet 500 mg	Günde 3 g. veya daha fazla
	Entersal	Draje 500 mg.	Günde 3 g. veya daha fazla
	Nötras	Tablet 550 mg	Günde 3 g. veya daha fazla
Indomethacin			
	Endocetin	Capsül 25 mg.	Günde 4 x 25 mg.
	Endomet	Supp. 100 mg	Akşamları 100 mg.
	Endol	Capsül 25 mg.	Günde 4 x 25 mg.
	Romacid	Capsül 25 mg.	Günde 4 x 25 mg.
Ibuprofen			
	Brufen	Draje 200 mg.	Başlangıç dozu 3x400 mg.
Menefamik acid			
	Ponstan	Capsül 250 mg.	Günde 3 x 500 mg.
	Rolan	Capsül 250 mg	Günde 3 x 500 mg.
Phenylbutazone			
	Butazolidin	Draje 200 mg.	Günde 3 x 200 mg.
		Supp. 250 mg.	Günde 3 x 250 mg.
	Irgapyrin	Draje 125 mg.	Günde 3 x 125 mg.
Oxyphenbutazone			
	Tanderil	Draje 100 mg.	Günde 3 x 100 mg.
		Supp. 250 mg.	Günde 3 x 250 mg.
	Myandril	Draje 100 mg.	Günde 3 x 100 mg.
		Supp. 250 mg.	Günde 3 x 250 mg.
	Itazon	Capsül 100mg	Günde 3 x 100 mg.
















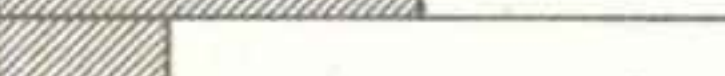
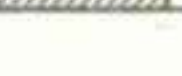




Osteoartroz (OA) ve romatoid artrit (RA) elde dağılımı:

Osteoartrozun, başparmağın karpofolangeal eklemi, romatoid artrit ise el bileğini tuttuğuna dikkat ediniz

Proksimal interfalangeal eklemlerin osteoartroza tutulması, sıklıkla Bouchard düğümü adını alır.

Tablo IV. Kullanılan ilaçların haftalık ve yıllık maliyet tutarları

İlacın adı	Haftalık Maliyet Tutarları	Yıllık Mal. Tut.
Aspirin Tabl.		262.08 TL.
Entersal drj.		430.24 TL.
Nötras tabl.		289.38 TL.
Endocetin cap.		492.56 TL.
Endomet supp.		484.12 TL.
Endol cap.		468.39 TL.
Endol supp.		285.74 TL.
Romacid cap.		473.20 TL.
Brufen drj.		1074.52 TL.
Ponstan cap.		2478.87 TL.
Rolan cap.		2052.96 TL.
Butazolidin drj.		436.80 TL.
Butazolidin supp.		1223.04 TL.
Irgapyrin drj.		442.26 TL.
Tanderil drj.		571.55 TL.
Tanderil supp.		1932.84 TL.
Myadril drj.		502.32 TL.
Myadril supp.		1223.04 TL.
İltazon drj.		483.25 TL.

bilimsel yazı özetleri

SEFALOSPORİNLER

Hamilton - Miller, J.M.T. ve ark.
J. Inf. Dis. : 130; 81, 1974

Kısa bir süre, sefalosporinlerin kimyasal akrabaları penisilin gibi önemli bir antibiyotik olarak kemoterapideki yerlerini alacakları sanıldı. Ancak bilimsel ve mikrobiyolojik yönlerden son gelişmeler değerlendirildiği zaman klinikte kullanılan sefalosporinlerin zararlı olmadığı, ancak yararlarının da sınırlı olduğu ortaya çıktı. Bu nedenle birçok yerlerde kullanma alanı bulan bu antibiyotiklerin hiç birisinin ana antibiyotik olmadığı görüldü.

Intravenöz olarak kullanılmasından sonra ağrı oluşturmaması, bu aileden ortaya çıkan ilk bireylerin (Cephalotin, Keflin) kullanılmalarını oldukça sınırladı. Bundan sonra ortaya çıkan Ceporin ve Ceporan gibi bileşikler haksız olarak, şiddetli nefrotoksik olmaları ile suçlandılar. Anca asıl gerçek, ancak yüksek dozlarda ve daha önce var olan bir böbrek rahatsızlığı üzerine bu maddelerin nefrotoksik olmaları idi.

Bu maddelerin kullanılmaları için kesin bir endikasyon şu ana kadar saptanabilmiş değildir. Üriner sistem enfeksiyonlarının bu antibiyotiklere cevap vermelerine rağmen i.v. olarak kullanılmalarının gerekmesi ve fiyatlarının yüksekliği bunların bu alanda da

kullanılmalarını kısıtlamaktadır. Septimide bu antibiyotikler kullanılmaktadır, ancak zamanın ve durumun çok iyi seçilebilmesi gerekmektedir.

İlk oral sefalosporin olan sefalekssin (Keflex, Ceporex) ilk kez 1967'de ortaya çıktı. Çok geniş bir etki alanı olan bu antibiyotik hemen üriner sistem enfeksiyonlarında kullanılmaya başlandı. Ancak diğer geniş spektrumlu antibiyotiklerde görüldüğü gibi bunların da diyare ve vulvovajinit yaptıkları ortaya çıktı. Artık 7 - aminosefalosporanic asit yerine bildiğimiz penisilinden üretilmelerine rağmen halâ çok pahalı ilaçlardır. Çok geniş olarak kullanılmalarına rağmen bu antibiyotiklerin kesin endike olduğu durumlar hâlâ açıklığa kavuşmuş değildir. Bunlara çok benzeyen bir başkası, sefaradin (Eskacef, Velosef) hem oral ve hem de parenteral olarak kullanılmakta ve yalnız bu yönüyle sefaleksinden ayrılmaktadır. Yazarlar bu geniş spektrumlu antibiyotiğin, hastada kesin patojenin saptanmadan önceki zamanda kullanılmasını savunmaktadırlar. Kesin ve spesifik antibiyotik saptanıp kullanılmaya başlanıncaya kadar bu antibiyotiklerin kullanılmasının olumlu olduğu görüşü ortaya atılmaktadır. Bu maddelerin spektrumlarının, çok küçük moleküler değişiklikler yapılarak genişletilmiş olması göz önünde tutularak yine başka bazı küçük değişikliklerle bu spektrumun daraltılıp daraltılamayacağı, üzerinde durulacak bir konudur.

Yazarların kanısına göre; araştırmacıların bu gibi geniş spektrumlu ve kullanma yerleri sınırlı antibiyotikler üzerinde uğraşacaklarına (Sefalosporin ve penisilin türevleri ile ilgili olarak) daha özgül etkili maddeler üzerinde uğraşmalar ve primetamin, trimetoprim gibi maddelerde elde edilen başarıları sağlamaya çalışmaları daha olumlu olur.

KANSER TEDAVİSİNDE CORYNEBACTERIUM PARVUM

Scott, M.T.
J. Natl. Cancer Inst.: 53:855, 1974

Farelerin ayaklarında deneysel olarak oluşturulan mast hücreli tümörlerin gelişmesi, C.parvum'un i.v. enjekte edilmesi ile geçici bir duraklama devresine girmişlerdir. Ancak bu maddenin direkt tümör içine enjekte edilmesi sonucu % 44 vakada inhibisyon ve bazılarında da gelişmede tümüyle durma olduğu görülmüştür. Uzak deri altı enjeksiyonları tümör üzerinde hiç bir etki yapmamış, ancak tümörden gelen lenf akımının döküldüğü bir lenf düğümüne yapılan enjeksiyon orta derecede etkili olmuştur.

Bu mikroorganizmanın tümör gelişmesine engel olması mekanizması, oluşan reaksiyonun aynı zamanda yan bir etki olarak tümör supresyonu yaptığı yolunda açıklanabilir. Aynı reaksiyon BCG'nin etki mekanizmasında da görülür. BCG'ye üstünlüğü, C.parvum'un öldürülmüş şekilde kullanıma olanağıdır.

YAŞLILARI BEKLEYEN TUZAKLAR

Fenyo, G.
Acta chir. Scand.: 140:396, 1974

1960 - 1968 yılları arasında yaşları 70 ya da daha yukarı olan ve acil olarak cerrahi tedaviye alınmış 726 hastanın tanı yöntemlerinde karşılaştıkları tuzaklar şöyle özetlenebilir:

1. Perfore ülserde aniden başlayan ağrı, epigastrik duyarlılık ve diyafram altında hava görünümü bulunmayabilir.

2. Akut apandisitte ağrının sağ alt kadrana kayması bulunmayabilir, ya da bulantı, kusma gibi bulgular o kadar belirgin olmayabilir. Bu konuda en güvenilir bulgu, McBurney'de duyarlılıktır.

3. İleusta karakteristik olarak görmeye alıştığımız aralıklı ağrı olmayabilir ve bunun yerine diffüz, yaygın bir karın ağrısı ile karşılaşabiliriz.

4. Akut kolesistitte sağ kot altında duyarlılık, en güvenilir bulgudur. Ancak, aşağı sarkmış ve sağ alt kadranda ağrı yapan bir safra kesesi bizi en çok yanıltan durumlardan biridir ve bazan bu ancak laparotomi sırasında açıklığa kavuşur.

KLORDIAZEPOKSİT: SOLUNUM DEPRESYONU

Model, D.G. ve Berry, D.J.
Lancet: 2:869, 1974

Genel olarak kronik obstrüktif akciğer hastalıklarında solunumu deprese ettiği gerekçesiyle opium türevlerinin, barbitüratların, benzodiazepinle-

rin ve uygu ilacı olan nitrazepamın kullanılmadıkları bir gerçektir. Ancak bu gibi hastaların minör benzodiazepin türevi trankilizanları, örneğin klordiazepoksit ya da diazepam'ı kullandıkları da ikinci bir gerçektir. Bunun böyle olmasındaki asıl neden; bu ikinci grup ilaçların solunum depresyonu yapmadıkları yolundaki inançtır.

Yedi hastada yapılan ve çift kontrol yöntemi uygulanarak gerçekleştirilen bir araştırmada bu hastaların klordiazepoksit almalarından sonra pCO₂'lerinde artma ve FEV₁'lerinde de azalma olduğu ve bunun önemli miktarlara vardığı saptanmıştır.

ŞOKTA İNTRAVENÖZ PREDNİZDON KULLANILMASI

Motsay, G.J. ve ark.
Internat. Surg.: 59;593, 1974

İster kan kaybından isterse kardiyojenik ya da septik nedenlerle olsun, oligemik şok; dolaşan kan hacminin azalması ve baroreseptörler aracılığı ile deri ve iç organlarda damar vazokonstriksiyonuyla karakterizedir. Daha sonra deri ve organ damarlarında durgunlaşma olur, arteriollerin tonusu kaybolur ve venüllerde oluşan konstriksiyon nedeniyle kan akımı durur.

Bu durumda en önemli ve etkin tedavi yöntemi, dolaşan kan hacmini tamamlamaktır. Bu, ek sıvılar vererek ve mikrosirkülasyonu vazodilatatör yardımıyla düzenlemekle sağlanır. Bu zamana kadar bulunan en güvenilir vazodilatatörler yüksek doz glukokortikoidlerdir. Olağan doz; bir defada i.v.

olarak 30 mg/kg (2-3 gr.) miktarında metilprednizolondur. Levarterenol, metaraminol ve izoprotorenol gibi maddeler inotropit ve kronotropik etkilerinden faydalanılmak üzere hastaya verilebilirler. Ancak bunların istenmeyen etkileri, periferik vazokonstriksiyondur ki, bu etki de metilprednizolon ile ortadan kaldırılmakta ve bu maddeler hasta için daha az toksik bir duruma getirilmektedir. Bu yöntemin kullanılması ile travmatik, septik ya da kardiyojenik şok % 70 oranında tedavi edilmiştir.

REKTAL KANAMA

Talukder, B.
J. Indian Med. Ass.: 62;240, 1974

Pediyatrik cerrahi kliniklerine başvuran hastaların önemli bir kısmının şikâyeti olarak kanama karşımıza çıkmaktadır. 1964 - 1972 yılları arasında karşılaşılan 276 vakanın taranması sonucunda şu nedenler ortaya çıkmıştır:

- Polipler	165 (% 60)
- Ülserler	41 (% 14.9)
Amip	31
Nonspesifik	10
- İnvajinosyon	32 (% 11.5)
- Anal fissür	16 (% 5.75)
- Kolonda gangren (amibik)	15 (% 5.40)
- Hemoroid	2 (% 0.70)
- İncebağırsak gangreni (mezenter ven trombozu)	1 (% 0.30)
- Meckel divertikülü	1 (% 0.30)
- İncebağırsak volvulusu	1 (% 0.30)
- Sindirim kanalı duplikasyonu	1 (% 0.30)
- Tümörler	1 (% 0.30)

KOLON KANSERİNİN NEDENİ Mİ?

Hill, M. J. ve ark.
Lancet: 1; 535, 1975

36/44 (% 82) oranında kolon kanseri bulunan hastalarda, kontrol grubu olan 15/90 (% 17) grubuna göre safra asidi derişimi daha yüksek miktarlarda bulunmuştur. Vakaların % 70'inde dışkıdaki klostridyum'lar, safra asidi çekirdeğini dehidrojenize edebilme yeteneği göstermişlerdir. Halbuki bu oran kontrol grubunda % 9'dur.

Bu bulgular, kolon kanserinin bazı anaerobik bakteriler tarafından oluşturulan yüksek safra asidi derişimlerinden oluştuğu hipotezini destekler görünümündedir.

AÇIK KIRIKLARDA ANTİBİYOTİKLER

Patzakis, M.J. ve ark.
J. Bone Jt. Surgery: 56A;532,1974

Bileşik (compound) kırıklarda profilaktik olarak antibiyotik kullanılması ile ilgili olarak uzun zamandan beri süre gelen tartışmaları çözümlemek amacıyla, bileşik kırığı olan 310 hastanın bazılarında; penisilin, streptomisin ve sefalotin kullanıldı. Bazılarında ise hiç bir antibiyotik kullanılmadı. Kontrol grubunda enfeksiyon oranı % 13.9 idi. Penisilin/streptomisin alan gruptaki enfeksiyon oranı ise % 9.7 ve sefalotin alan grupta ise bu oran % 2.3 idi.

Koagülaz pozitif Staph. aureus'a karşı antibiyotik kullanılmasının ge-

rekliliği anlaşıldı. Bu tedavinin profilaktik olmadığı ve enfeksiyonun büyük bir olasılıkla tedavinin başlamasından önce başlamış olduğu görüşü ortaya çıktı.

T. VERSICOLOR'UN KOLAY TEDAVİSİ

Reyes, A.C.
Aslan J. trop. Med.
Pub. Hlth. :5; 70, 1974

Tinea flava (tinea versicolor) deri enfeksiyonu geçiren 112 çocuğun % 75'i deterjan bir taşıyıcı içinde çözül-müş % 2.5'luk selenyum sülfid (Selsun)' in bir kez yüzeysel olarak kullanılması ile tedavi edilmiştir. Tedavide başarı gösterilemeyen vakalar 4 - 5 hafta sonra tekrar tedavi edildikleri zaman bu oran % 93.7'ye yükselmiştir. Dört ay sonra ise tedavide başarı oranı % 96'ya çıkmıştır.

METİLDOPA VE KARACİĞER HARABİYETİ

Toghill, P. J. ve ark.
Brit. Med. J. :3; 545, 1974

Bu yazıda 20 hastada direkt olarak metildopa ile oluşmuş karaciğer harabiyeti sonucu ortaya çıkan hastalık tabloları tartışılmaktadır. Bu hastalardan 16'sında viral hepatit, 2'sinde kronik aktif hepatit ve 2'sinde de kolestatik sarılık tablosu oluşmuştur. Viral hepatit tablosu veren 4 hastaya ikinci kez ilaç başlandığı zaman aynı tablonun yeniden oluştuğu görülmüştür. İlacın kullanılmasıyla ilgili olduğu sanılan iki ölüm

vakası olmuştur. Bunlardan biri masif karaciğer nekrozu ile, ikincisi ise daha önce var olan siroz sonucu olmuştur.

Reaksiyon veren hastalara ikinci kez ilacı vermek çok tehlikeli olarak bulunmuştur. Dört hastaya ikinci kez ilaç verilmiş ve yukarıda tanımlanan olumsuz sonuçlar alınmıştır.

İlacın alınmaya başlanmasından

3 - 16 hafta sonra sarılık hemen hemen bütün vakalarda ortaya çıkmıştır. Bu ilaç grubu ile tedaviye başlanacak hastaların daha önceden karaciğer fonksiyon testlerinin yapılması ve belirgin karaciğer hastası olanlara ise bu ilacın kullanılmaması gerekmektedir. Bu ilacın hepatotoksik olduğu hiç bir zaman akıldan çıkartılmamalı ve reaksiyon veren hastalara ikinci kez ilaç verilmemesine dikkat edilmelidir.

Bayraktar Kitabevi

- Sol Yayınları
- Sosyal Yayınları
- Bilim ve Sosyalizm Yayınları
- Bilgi Yayınları
- Habora Yayınları
- Yücel Yayınları
- Oda Yayınları
- Konuk Yayınları
- Bilim Yayınları

- Suda Yayınları
- Gözlem Yayınları
- May Yayınları
- Cem Yayınları
- Varlık Yayınları
- Tan Yayınları
- Çağrı Yayınları
- E Yayınevi
- Altın Kitaplar
- Koza Yayınları

Yayınevlerinin mevcut tüm kitapları ödemeli yollanır.

Adres: Zafer Çarşısı No. 29

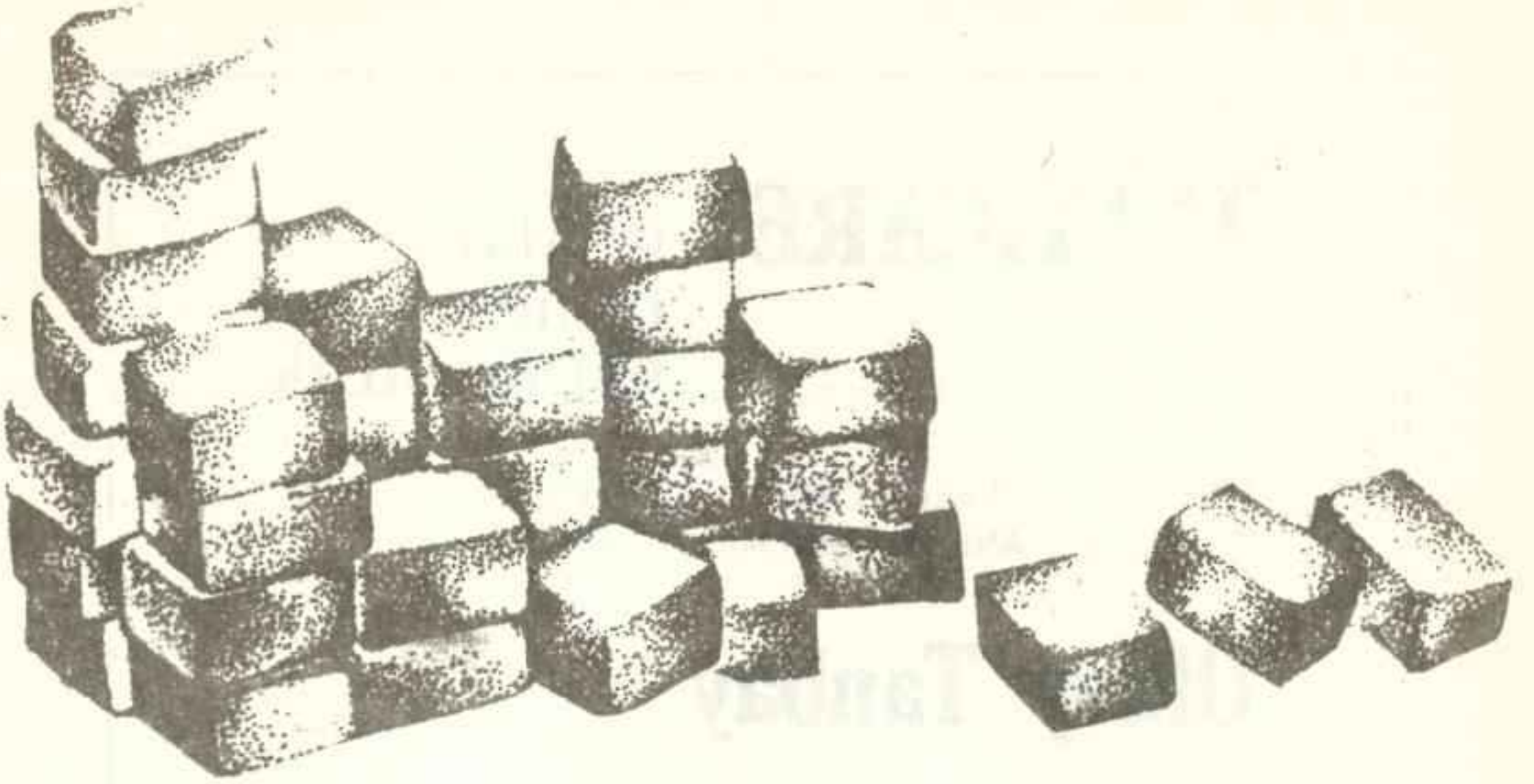
Sıhhiye/ANKARA

TIP TİCARET ithalat ihracat mümessillik

**TIBBİ CERRAHİ ALET, CİHAZ MADENİ EŞYA,
HASTAHANE VE BÜRO MALZEMESİ**

Oktay Tanbay

**Şehit Teğmen Kalmaz Caddesi Modern Çarşı Kat 3 No. 411 - 412
Tel: 24 24 54 ANKARA**



GLUTRIL



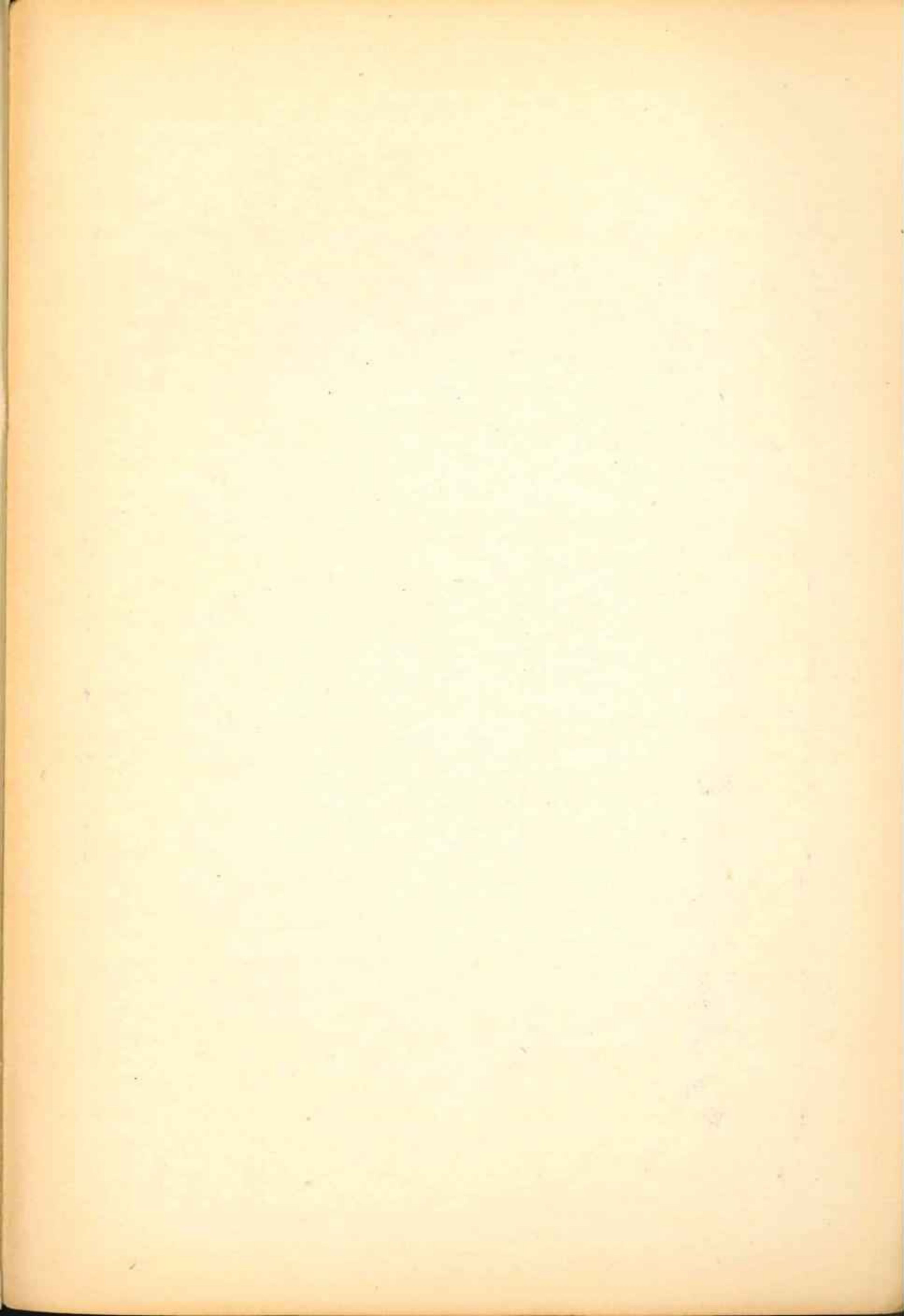
Diabet tedavisinde son
aşama niteliğini taşıyan
"GLUTRIL" Roche
Ensulin sekresyonunu
zamanında
ve
gerekli miktarda
stimüle eder.

ROCHE'un bazı üstünlükleri :

- Glutril ortalama 8 saatlik yarılanma müddetine sahiptir.
- Glutril gastro-intestinal sistemden düzenli olarak % 98 oranında rezorbe olur.
- Glutril inaktif metabolitler halinde süratle itrah edilir.
- Glutril birikme tevhit etmez.
- Glutril diabet vak'alarında artan kan lipid seviyesini düşürür.
- Glutril ile hipoglisemi riski minimaldir.
- Glutril obolitik etkilidir.
- Glutril ile tedavi sırasında alkole tahammülsüzlük gözlenmemiştir.



Roche Müstahzarları Sanayi Limited Şirketi - İstanbul



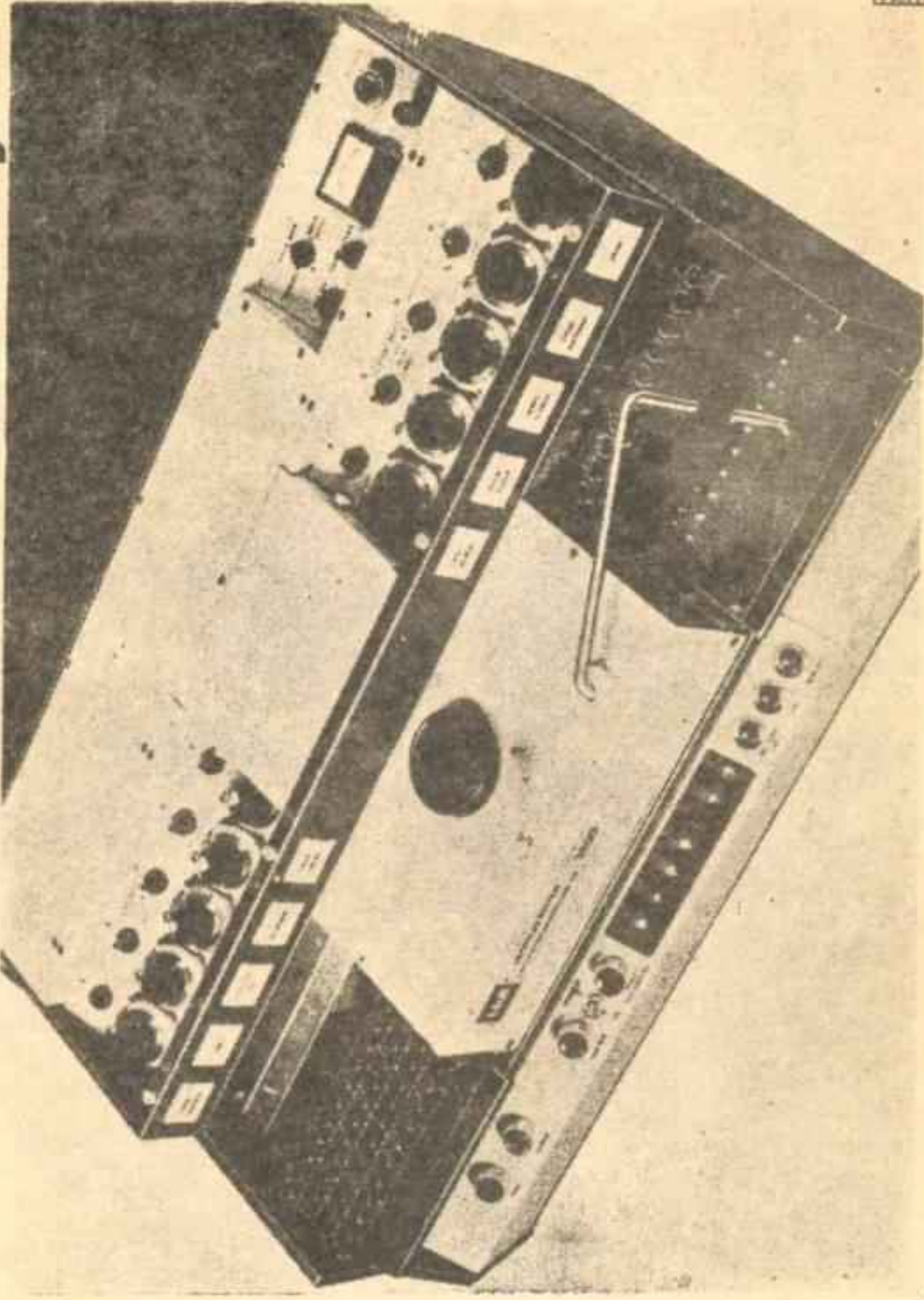
İTHALATÇI FİRMA

labor-medikal

**MAHMUT
DERMANER**

**MEDICAL &
LABORATORY EQUIPMENT
IMPORT-REPRESENTATION**

**yeni ithalatımızla
hizmetinizdeyiz...**



LKB

**Calculating
Absorptiometer**

A high-speed calculating absorptiometer for routine analysis

Şehit Teğmen Kalmaz Caddesi modern çarşı 201-202 tel : 11 52 60-11 55 09 ANKARA